



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

Ansiedade do Cuidador Informal da Pessoa com Demência: Intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria

Ana Isa Frazão Pereira Baião

Lisboa

2018





Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde

Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

Ansiedade do Cuidador Informal da Pessoa com Demência: Intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria

Ana Isa Frazão Pereira Baião

Orientador: Professora Isabel Costa Silva

Lisboa

2018



Agradeço à minha família pela compreensão das minhas ausências e pelo apoio incondicional ao longo deste percurso.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

AVDs – Atividades de Vida Diária

AIVDs – Atividades Instrumentais de Vida Diária

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

ERPI – Estrutura Residencial para Idosos

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESC – Escala de Sobrecarga do Cuidador

ICN - International Council of Nurses

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RESUMO

A demência é classificada pela Organização Mundial de Saúde como uma prioridade de saúde pública, sendo, atualmente, uma das áreas que mais debate suscita a nível Europeu, atendendo ao envelhecimento populacional e ao impacto desta doença nas famílias. As dificuldades sentidas pelos cuidadores informais da pessoa com demência são uma realidade já reconhecida e estudada, porém frequentemente subavaliada. A ansiedade é apontada como um dos problemas que afeta esta população, atingindo um quarto destes cuidadores. No entanto, as respostas para este problema são ainda escassas. Deste modo, esta é uma pertinente área de intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria.

Neste sentido, este projeto de estágio teve como finalidade desenvolver competências enquanto enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria, particularmente, na gestão da ansiedade do cuidador informal da pessoa com demência. Assim, este relatório reflete o meu percurso de aprendizagem, salientando as intervenções de enfermagem na gestão da ansiedade do cuidador informal da pessoa com demência, particularmente, as intervenções de âmbito psicoeducativo.

A metodologia utilizada é descritiva e crítico-reflexiva, partindo das atividades desenvolvidas em contexto de estágio e dos resultados da evidência, em articulação com aprendizagens efetuadas e o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria.

Analisando os resultados obtidos, verifica-se que os programas de psicoeducação implementados em contexto de estágio contribuíram para a minimização dos níveis de ansiedade apresentados pelos clientes. Ao olhar para o cuidador como um parceiro nos cuidados à pessoa com demência, mas também como alvo dos cuidados de enfermagem, torna-se evidente a necessidade de investir na identificação dos fatores geradores de ansiedade e de ampliar a implementação de intervenções dirigidas ao cuidador.

Palavras chave: demência, cuidador informal, ansiedade, psicoeducação, enfermagem.

ABSTRACT

Dementia is classified by the World Health Organization as a public health priority and is currently one of the most controversial areas at the European level, giving the aging population and the impact of this disease on families. The difficulties experienced by the informal caregivers of the person with dementia are a recognized and studied reality, but often underestimated. Anxiety is pointed out as one of the problems affecting this population, reaching a quarter of these caregivers. However, the answers to this problem are still sparse. Therefore, this is a pertinent intervention area of the mental health and psychiatry nurse specialist.

For that matter, this internship project aimed to develop skills as mental health and psychiatry nurse specialist, particularly in managing the anxiety of the person with dementia's informal caregiver. Thus, this report reflects my learning pathway, highlighting the nursing interventions in management of anxiety in the person with dementia's informal caregiver, particularly, psychoeducational interventions.

The used methodology is descriptive and critical-reflexive, starting from the developed activities in the internship context and the evidence results, in articulation with the learned lessons and the development of the mental health and psychiatry specialist nurse competences.

Analysing the obtained results, it is verified that the psychoeducation programs implemented in internship context contributed to the minimization of the anxiety levels presented by the clients. When looking at the caregiver as a partner in the care of the person with dementia, but also as a target of nursing care, it becomes evident the need to invest in the identification of the factors that generate anxiety and to extend the implementation of caregiver directed interventions.

Keywords: dementia, informal caregiver, anxiety, psychoeducation, nursing.

ÍNDICE	Pág.
INTRODUÇÃO	8
1. IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	11
2. QUADRO DE REFERÊNCIA	13
2.1. O cuidador informal da pessoa com demência	13
2.2. A ansiedade e sobrecarga do cuidador informal	15
2.3. As intervenções psicoeducativas	21
2.4. Os contributos do modelo conceptual de Betty Neuman	22
3. PERCURSO DE APRENDIZAGEM	24
3.1. Finalidade e objetivos do projeto	24
3.2. Opções metodológicas	25
3.3. Atividades e competências desenvolvidas	25
3.3.1. Contexto de internamento em psiquiatria de agudos	26
3.3.2. Contexto comunitário em centro de dia para pessoas com demência	40
3.4. Discussão dos resultados	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	
ANEXO I – Inventário de ansiedade traço-estado de Spilberger	
ANEXO II – Escala de sobrecarga do cuidador (ESC)	
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Guião da entrevista inicial do programa de psicoeducação “Partilhar a Amizade”	
APÊNDICE II – Planeamento do programa “Partilhar a Amizade”	
APÊNDICE III – Folheto informativo do programa “Partilhar a Amizade”	
APÊNDICE IV – Pagela do programa “Partilhar a Amizade”	
APÊNDICE V – Documento de avaliação do programa “Partilhar a Amizade”	
APÊNDICE VI – Guião da entrevista inicial do programa “Cuido, logo existo”	
APÊNDICE VII – Planeamento da 1ª sessão do programa “Cuido, logo existo”	
APÊNDICE VIII – Documento de avaliação do programa “Cuido, logo existo”	

INTRODUÇÃO

O relatório de estágio apresentado surge no âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), e reflete o meu percurso de desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria (EESMP), bem como a pesquisa e o trabalho desenvolvido ao longo do estágio.

O projeto de estágio que esteve na origem deste relatório teve início a 26 de setembro de 2016 e terminou a 10 de fevereiro de 2017. O estágio decorreu primeiramente em contexto de internamento de psiquiatria de agudos e, posteriormente, em contexto comunitário, num centro de dia para pessoas com demência. Este projeto foi construído com base nas minhas necessidades pessoais de formação, identificadas em contexto de trabalho, mas também com a preocupação de contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados a uma população com necessidades específicas e singulares: a pessoa com demência e o seu cuidador informal.

Ao longo do meu percurso profissional passei por diferentes contextos de trabalho. Iniciei o meu percurso profissional integrando uma equipa de cuidados continuados integrados (ECCI), no âmbito dos cuidados de saúde primários em contexto domiciliário. Trabalhei também em contexto de estrutura residencial para idosos (ERPI) e centro de dia, prestando cuidados de enfermagem a idosos institucionalizados em lar ou a frequentar a valência de centro de dia. Atualmente, o meu contexto profissional é uma unidade de média duração e reabilitação da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI), onde presto cuidados a pessoas com perda de autonomia em processo de reabilitação. Em cada um destes contextos de trabalho contactei com cuidadores informais com dificuldades em gerir a ansiedade sentida face às alterações cognitivas e, sobretudo, comportamentais da pessoa com demência. Neste âmbito, confrontei-me também com as minhas próprias dificuldades e limitações no que respeita ao cuidar destes cuidadores. Tomei consciência da necessidade de adquirir conhecimentos e desenvolver competências que potenciasses a

melhoria da minha prática de cuidados junto da pessoa com demência e, consequentemente, do seu cuidador informal.

Atualmente, reconhece-se que o papel desempenhado pelo cuidador informal nos cuidados à pessoa com demência é determinante no bem-estar e qualidade de vida desta, e decisivo quanto à sua permanência no domicílio, evitando assim as consequências da institucionalização. No âmbito dos cuidados à pessoa com demência, as dificuldades sentidas pelos cuidadores informais são uma realidade já reconhecida e estudada, porém as respostas para atender às suas necessidades são ainda escassas. A ansiedade é recorrentemente referida na literatura como um dos problemas que afeta esta população, sendo mais significativa nestes cuidadores comparativamente com cuidadores de idosos sem demência.

Considerando a complexidade inerente ao cuidar de uma pessoa com demência, a OE (2010), defende que o EESMP é o profissional melhor preparado para dar resposta às necessidades das pessoas com demência e dos seus cuidadores, pelo que “os cuidados de enfermagem à pessoa com demência deverão ser sempre geridos e supervisionados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica” (OE, 2010a, p.5)

Face ao exposto, partindo de uma necessidade sentida na minha prática de cuidados em contexto profissional e atendendo a que, no âmbito das políticas de saúde, no que respeita à demência, uma das áreas de intervenção prioritárias inclui o suporte aos cuidadores, optei por eleger como problemática do meu projeto de estágio a gestão da ansiedade do cuidador informal da pessoa com demência.

Reconhecendo que o percurso de aquisição de competências do EESMP se realiza no contexto da prática clínica, no decorrer deste relatório espelho o meu percurso de aprendizagem. A metodologia utilizada é descritiva e crítico-reflexiva, partindo das experiências vividas em contexto de estágio, das atividades desenvolvidas e da evidência, em articulação com os resultados obtidos e com as competências desenvolvidas.

Deste modo, neste relatório começo por apresentar a problemática em estudo, justificando a pertinência do projeto e a escolha dos contextos de

estágio. De seguida, desenvolvo o quadro de referência que sustentou este projeto, apresentando os principais conceitos inerentes ao estudo da problemática: a pessoa com demência, o cuidador informal, a sobrecarga e a ansiedade do cuidador informal, e as intervenções de âmbito psicoeducativo. Esta abordagem dos conceitos envolvidos é concretizada com base nos resultados da revisão da literatura, em articulação com os contributos do modelo teórico de Betty Neuman para compreensão da problemática. Posteriormente, centro-me no percurso de aprendizagem em contexto de estágio, enunciando a finalidade e os objetivos do projeto, descrevendo as atividades desenvolvidas para os atingir, bem como os resultados obtidos. Esta análise é efetuada em articulação com o desenvolvimento das competências do EESMP. No final do relatório, foco os aspetos mais relevantes do percurso de estágio, abordando as aprendizagens realizadas, as competências adquiridas e desenvolvidas, bem como as dificuldades e limitações sentidas ao longo da implementação do projeto, apresentando também novas perspetivas de abordagem do problema.

1.IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

O envelhecimento da população é um fenómeno que se verifica mundialmente, ao qual se associa o aumento das doenças degenerativas, tais como a demência, definida pela ICD-10 como uma “síndrome resultante da doença do cérebro, em geral de natureza crónica ou progressiva no qual se registam alterações de múltiplas funções nervosas superiores incluindo a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a linguagem e o raciocínio. Classificada pela OMS como uma prioridade de saúde pública, a demência é uma das áreas que mais debate suscita a nível Europeu, atendendo ao envelhecimento populacional e ao impacto desta doença nas famílias.

Relativamente à incidência global da demência, Santana et al (2015) referem que em 2012 as estimativas apontavam para 7,7 novos casos por cada 1000 pessoas, por ano, o que corresponde a um novo caso a cada quatro segundos. Com base no Censo Psiquiátrico de 2001, Gonçalves-Pereira e Sampaio (2011) mencionam que as síndromes demenciais são o segundo diagnóstico mais frequente nos episódios de urgência, internamento e consultas. No ano de 2013, segundo Santana et al (2015), em Portugal a prevalência estimada de demência correspondia a 5.91% na população acima dos 60 anos, o que corresponde a 160287 pessoas com demência. No que concerne à morbilidade associada à demência, estima-se que esta “contribua com mais de 11.9% dos anos vividos com incapacidade nas pessoas acima dos 60 anos, valor superior ao calculado para os acidentes vasculares cerebrais (9.5%), para as doenças cardiovasculares (5.0%) ou para todas as formas de cancro (2.4%)” (Santana et al, 2015, p.183). Assim, de acordo com Lagarto et al (2014), a demência constitui uma das principais causas de incapacidade, bem como uma importante fonte de sobrecarga para os cuidadores e para os serviços de saúde.

De acordo com Gonçalves-Pereira e Sampaio (2011), os familiares da pessoa com demência representam a maioria dos prestadores de cuidados informais a estas pessoas, sendo reconhecida a sua influência na evolução da demência, pelo que importa olhá-los como alvo dos cuidados de enfermagem, conforme refere Melo (2005). Considerando a complexidade associada ao cuidar da pessoa com demência, os cuidadores informais constituem um grupo de risco

para o desenvolvimento de diversos problemas físicos e mentais, sendo a ansiedade um dos problemas recorrentemente referidos na literatura. Esta perspectiva é corroborada pela Direção Geral de Saúde (DGS) (2011) que defende que o cuidador familiar da pessoa com demência deve ser entendido enquanto prestador de cuidados, mas também como doente, sendo a ansiedade um dos elementos a incluir na avaliação do cuidador.

Melo (2005), Cooper et al (2007), Sequeira (2010), Truzzi et al (2012) e Joling et al (2013) afirmam que os cuidadores de pessoas com demência estão sujeitos a maiores níveis de desgaste emocional, sobrecarga e *stress*, e sofrem frequentemente alterações psicológicas com impacto na sua saúde mental, tais como a ansiedade e a depressão, verificando-se nestes cuidadores maior incidência de doenças psiquiátricas. Cooper et al (2007) refere que estes cuidadores experienciam elevados níveis de ansiedade, sendo que esta afeta cerca de um quarto dos mesmos. Neste contexto, importa salientar que a ansiedade do cuidador informal interfere na prestação de cuidados à pessoa com demência e na relação estabelecida entre a diáde. Embora os sintomas e distúrbios da ansiedade constituam os problemas de saúde mental mais comuns nos cuidadores de pessoas com demência, segundo Cooper et al (2007), a morbilidade e o tratamento dos mesmos tem vindo a ser negligenciada.

Perante esta evidência, e considerando que o EESMP é o profissional melhor preparado para dar resposta às necessidades da pessoa com demência e do seu cuidador, considero que esta é uma área do domínio de intervenção do EESMP. Deste modo, escolhi como problemática do meu projeto de estágio a ansiedade do cuidador informal: intervenções do EESMP, acreditando que posso contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados a estas pessoas/famílias. Assim, defini como objetivo major do projeto a identificação e planeamento de intervenções do EESMP que contribuam para a gestão da ansiedade destes cuidadores. Considero que este é um projeto pertinente, pois contribui para dar resposta às necessidades dos cuidadores informais, permitindo concomitantemente o desenvolvimento das competências comuns do EE e das competências específicas do EESMP preconizadas pela OE.

2.QUADRO DE REFERÊNCIA

Neste capítulo apresento os resultados da revisão bibliográfica, em articulação com os conceitos essenciais à compreensão da problemática em estudo. No final do capítulo, apresento o modelo teórico de enfermagem que orientou a minha prática em contexto de estágio e que facilitou a compreensão da problemática da ansiedade do cuidador informal da pessoa com demência. Quando se pretende abordar as intervenções do EESMP no âmbito da problemática da ansiedade do cuidador informal da pessoa com demência, importa compreender a especificidade da prática clínica do EESMP, sendo que esta

engloba a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução. (OE, 2011, p.2)

Esclarecido o âmbito de intervenção do EESMP, são agora abordados os conceitos envolvidos no estudo da problemática. A pesquisa que sustenta este quadro de referência foi realizada na base de dados EBSCO (CINAHL e MEDLINE) com os termos de pesquisa: dementia, alzheimer disease, informal caregivers, informal carers, family caregivers, family carers, caregivers, anxiety e anxiety management. Foram incluídos na análise 12 artigos, disponíveis em full-text, publicados entre 2001 e 2016. Tendo em vista uma compreensão mais ampla da problemática em estudo, foram também consultados livros e outros documentos de referência no que diz respeito ao cuidar da pessoa com demência e do seu cuidador informal.

2.1.O cuidador informal da pessoa com demência

Sequeira (2010) refere que a demência tem repercussões na vida do doente que implicam maior dependência e, conseqüentemente, maior necessidade de ajuda de terceiros para a satisfação das suas necessidades. Assim, tendo em

vista a qualidade de vida da pessoa com demência, privilegia-se a sua permanência no domicílio, sendo esta uma situação complexa e desafiante para a família, tal como menciona Melo (2005).

Ainda nesta linha de pensamento, Joling et al (2013) afirmam que a maioria das pessoas com demência vive na comunidade, sendo os cuidadores informais os seus principais prestadores de cuidados. Também Sequeira (2010), refere que grande parte da prestação de cuidados no domicílio fica sob a responsabilidade de um familiar cuidador, pois cuidar é uma dimensão ontológica da pessoa, na medida em que os valores, atitudes e comportamentos da mesma expressam uma constante preocupação com esta atividade. Atendendo aos vínculos afetivos e ao conhecimento sobre a história de vida do doente o cuidador informal é “o elemento que melhor pode cuidar do idoso com demência” (Sequeira, 2010, p. 154).

O mesmo autor (2010), define cuidados informais como aqueles que são executados preferencialmente no domicílio, de forma não remunerada, podendo abranger uma parte ou a totalidade dos cuidados prestados, sob a responsabilidade de elementos da família, vizinhos ou amigos. Assim, a pessoa que presta estes cuidados é designada por cuidador informal ou prestador de cuidados informal, sendo que “não existem diferenças objetivas que clarifiquem o conteúdo de um ou de outro, apenas se trata de alterações do léxico, com a mesma correspondência em termos semânticos” (Sequeira, 2010, p.157). Deste modo, ao longo do projeto predomina a designação de cuidador informal.

O cuidador informal é, portanto, um membro da família ou alguém próximo do doente, que se responsabiliza pela prestação de cuidados, sendo a pessoa que cuida do doente “de forma sistemática e por vezes solitária, sem ajuda de outros membros da família” (Sequeira, 2010, p.161). Assim, o cuidador informal tem um papel preponderante na sociedade, “com implicações significativas em termos económicos, sociais e humanos” (Sequeira, 2010, p.155).

No âmbito dos cuidados à pessoa com demência “a definição do papel de quem cuida (...) não é, por norma, um processo passível de programação, porque a sua necessidade emerge de forma progressiva, de acordo com a evolução da doença” (Sequeira, 2010, p.164). À medida que a pessoa com

demência necessita de ajuda de terceiros para a satisfação das suas necessidades, torna-se progressivamente clara a escolha do cuidador, sendo esta transição para o exercício do papel de cuidador um processo complexo.

Atendendo à singularidade e especificidade das necessidades de cuidados da pessoa com demência, reconhece-se que o seu cuidador informal tem, também ele, necessidades específicas de apoio, diferentes dos cuidadores de pessoas sem esta patologia. Segundo Melo (2005), cuidar da pessoa com demência sujeita o cuidador informal ao risco de desenvolver doença física e mental. Nesta perspetiva, Cooper et al (2007) acrescenta que estes cuidadores experienciam elevados níveis de ansiedade, afirmando ainda que pouco se sabe acerca dos fatores de risco que contribuem para a mesma.

Ainda relativamente ao impacto da demência na família, Gonçalves-Pereira e Sampaio (2011) referem que as necessidades destes cuidadores são subavaliadas, sendo que muitas vezes não são satisfeitas. Deste modo, pode concluir-se que o EESMP desempenha um papel determinante na promoção, manutenção ou recuperação da saúde e bem-estar do cuidador informal, olhando-o como um dos alvos prioritários da sua intervenção.

2.2. Ansiedade e sobrecarga do cuidador informal

Para Joling et al (2012) os cuidadores informais de pessoas com demência têm um risco acrescido de ansiedade, sendo que esta afeta cerca de um quarto destes cuidadores. Também Cooper et al (2007), referem que se verificam elevadas taxas de ansiedade (10-35%) nos cuidadores informais da pessoa com demência. Porém, segundo os mesmos autores (2007), uma vez que a depressão tem sido alvo de maior atenção, pouco se sabe acerca dos fatores de risco da ansiedade do cuidador da pessoa com demência.

Neste âmbito, para uma melhor compreensão da problemática em estudo, importa explorar o conceito de ansiedade. De acordo com Townsend (2011), o termo ansiedade é frequentemente utilizado como sinónimo de *stress*, porém importa esclarecer que cada um destes termos tem um significado diferente. “O *stress*, ou mais propriamente um *stressor*, é uma pressão externa que é exercida sobre o indivíduo. A ansiedade, por sua vez, é a resposta emocional subjetiva a

esse *stressor*” (Towsend, 2011, p.584), sendo esta definida como “uma apreensão difusa que é vaga na sua natureza e está associada com sentimentos de incerteza e impotência” (Towsend, 2011, p.17). Segundo o ICN (2011), a ansiedade é definida como uma emoção negativa caracterizada por sentimentos de angústia, ameaça ou perigo, sendo experienciada de forma particular por cada pessoa, atendendo à sua experiência prévia. Assim, segundo Towsend (2011), a ansiedade é bastante comum na sociedade.

Segundo Spilberger (1983), distinguem-se dois tipos de ansiedade: ansiedade-estado e ansiedade-traço. A ansiedade-estado é entendida como uma condição transitória caracterizada por tensão, apreensão e hiperatividade do sistema nervoso autônomo, cuja intensidade varia de acordo com a situação vivenciada. Por sua vez, a ansiedade-traço diz respeito à tendência que a pessoa tem em responder aos estímulos com ansiedade, sendo relativamente constante ao longo do tempo.

Towsend (2011) afirma que níveis baixos de ansiedade são adaptativos e podem promover a motivação requerida para a sobrevivência da pessoa. Porém, a ansiedade torna-se problemática quando a pessoa não é capaz de evitar que esta atinja um nível com implicações na sua capacidade de satisfazer as suas necessidades básicas, interferindo com a qualidade de vida.

Segundo o mesmo autor (2011), quando o nível de ansiedade é ligeiro, esta raramente constitui um problema para a pessoa, estando associada à tensão sentida face aos eventos do quotidiano, que prepara a pessoa para a ação. No que respeita ao nível moderado de ansiedade, a atenção e a capacidade de concentração da pessoa diminuem, sendo que esta ainda é capaz de satisfazer as suas necessidades, embora possa ser necessário apoio para a resolução dos problemas. A pessoa com este nível de ansiedade evidencia aumento da tensão muscular e inquietação, tal como refere Towsend (2011). A pessoa com um nível de ansiedade grave centra a sua atenção em detalhes particulares ou até mesmo irrelevantes, tendo dificuldade em completar tarefas simples. Esta pessoa pode manifestar sintomas emocionais, tais como a confusão e o medo, bem como sintomas físicos, nomeadamente, cefaleias,

palpitações e insónias. O pânico é o nível de ansiedade mais grave, conduzindo à comunicação e ao funcionamento humano ineficazes.

Face ao exposto, Towsend (2011) salienta que o enfermeiro deve reconhecer os sintomas associados aos vários níveis de ansiedade e planear intervenções adequadas às necessidades de cada pessoa. Assim, atendendo à problemática da ansiedade do cuidador informal da pessoa com demência, importa avaliar tanto os níveis de ansiedade, como os sintomas apresentados pelos cuidadores, implementando intervenções ajustadas aos mesmos.

Num estudo realizado por Sansoni et al (2004) conclui-se que os cuidadores de pessoas com demência de Alzheimer têm elevados níveis de ansiedade (76%) positivamente correlacionados com o número de horas de cuidados e com as doenças físicas e psicológicas. Por outro lado, a ansiedade está negativamente correlacionada com o nível de educação e o tempo para atividades de lazer.

Também Kvaal et al (2013) realizaram um estudo com o objetivo de descrever e comparar os sintomas de ansiedade nas esposas de pessoas com demência, em doentes geriátricos com uma ou mais doenças crónicas, e em idosos saudáveis. Os referidos autores pretendiam, também, estudar os possíveis fatores de risco associados à ansiedade. Os resultados do estudo demonstram que as esposas de pessoas com demência têm os mesmos sintomas de ansiedade que os doentes geriátricos, sendo que ambos os grupos têm, significativamente, mais sintomas de ansiedade do que os idosos saudáveis que não desempenham o papel de cuidador. No âmbito da prestação de cuidados à pessoa com demência, os sintomas psiquiátricos e comportamentais associados a esta síndrome podem ser geradores de ansiedade nos cuidadores. Os mesmos autores (2013) concluem, ainda, que os sintomas de ansiedade podem conduzir à diminuição da qualidade de vida, bem como à redução da capacidade para cuidar da pessoa com demência. Neste âmbito, Kvaal et al (2013) defendem que o EESMP deve incluir a avaliação da ansiedade dos cuidadores como desígnio obrigatório da sua prática, valorizando os seus sintomas aquando do planeamento das intervenções dirigidas a estas famílias.

Guiada pela prática baseada na evidência, ao longo do estágio utilizei o Inventário estado-traço de ansiedade de Spilberger, versão portuguesa de Silva (2003), como instrumento de avaliação da ansiedade do cuidador informal. Este instrumento de autoavaliação é constituído por duas escalas independentes: STAI Y-1 e STAI Y-2, cada uma delas com 20 itens e um formato de resposta em escala tipo Likert de quatro pontos. A STAI Y-1 refere-se à ansiedade-estado e a STAI Y-2 diz respeito à ansiedade-traço. Silva (2003), confirma as qualidades psicométricas da versão portuguesa, mencionando que os valores de Alfa de Cronbach, para a dimensão relativa à ansiedade-estado são de 0,91 para os homens e 0,93 para as mulheres, enquanto que para a ansiedade-traço foi obtido um valor de consistência interna de 0,89 para ambos os sexos.

Na perspetiva de Cooper et al (2007), a ansiedade relaciona-se com a sobrecarga, com o uso de estratégias de *coping* confrontativo ou de fuga, e ainda com a reduzida saúde física dos cuidadores. Assim, para uma melhor compreensão da problemática em estudo importa definir o conceito de sobrecarga:

desgaste por cansaço, ou seja, pode traduzir a exposição do cuidador a fatores de *stress* significativos e num espaço de tempo relativamente curto (cuidar de alguém demente com alterações comportamentais) ou uma exposição prolongada a fatores de *stress* pouco significativos, mas que ao longo do tempo originam consequências em termos de sobrecarga para quem cuida. (Sequeira, 2010, p.238)

Segundo o mesmo autor (2010), distinguem-se dois tipos de sobrecarga: objetiva e subjetiva. A sobrecarga objetiva refere-se às atividades e acontecimentos concretos, associando-se à alteração de parâmetros observáveis e quantificáveis da vida do cuidador, nomeadamente a sobrecarga física e económica. Por sua vez, a sobrecarga subjetiva refere-se às reações emocionais, atitudes e sentimentos face à prestação de cuidados.

Para Sequeira (2010), os cuidadores de idosos com demência apresentam níveis mais elevados de sobrecarga comparativamente com cuidadores de idosos sem demência. Assim, o EESMP deve mobilizar instrumentos apropriados na avaliação da sobrecarga do cuidador informal da pessoa com demência.

Neste âmbito, foi utilizada a versão portuguesa da escala de sobrecarga do cuidador (ESC). A referida escala foi traduzida e validada para a população portuguesa, por Sequeira em 2007, a partir da *Burden Interview Scale* de Zarit. A ESC é constituída por 22 itens, pontuados de um a cinco. Deste modo, a pontuação global varia entre 22 e 110, sendo que uma maior pontuação corresponde a uma maior perceção de sobrecarga, de acordo com os pontos de corte: inferior a 46 pontos – sem sobrecarga; entre 46 e 56 pontos – sobrecarga ligeira; superior a 56 pontos – sobrecarga intensa. Esta escala apresenta consistência interna 0.79 a 0.92, avaliada através do alfa de Cronbach, segundo Sequeira (2010). A análise fatorial da ESC permitiu identificar quatro fatores que explicam 62.1% da variância total: impacto da prestação de cuidados; relação interpessoal; expectativas face ao cuidar e perceção de autoeficácia, tal como refere Sequeira (2010). Os dois primeiros fatores dizem respeito à sobrecarga objetiva e os dois últimos correspondem à sobrecarga subjetiva.

Um estudo realizado por Cooper et al (2007) explora a hipótese de que a relação entre a sobrecarga do cuidador, a ansiedade e a depressão seja mediada por estratégias de *coping*, ou seja, esforços comportamentais e psicológicos no sentido de superar, tolerar ou reduzir o impacto de eventos geradores de *stress*. Os resultados do referido estudo (2007) demonstram que a utilização de estratégias de *coping* focadas na emoção parece proteger os cuidadores de desenvolver níveis de ansiedade mais elevados, o que não se verifica relativamente às estratégias de *coping* centradas no problema. Assim, as intervenções baseadas na terapia cognitivo-comportamental, nas quais as estratégias de ensino focadas no problema são uma componente chave, parecem não minimizar a ansiedade do cuidador, tal como referem Cooper et al (2007). Em suma, os resultados deste estudo sugerem que as intervenções psicológicas que enfatizam as estratégias de *coping* focadas na emoção constituem uma abordagem racional para reduzir a ansiedade dos cuidadores de pessoas com demência.

Num estudo posterior, Joling et al (2013) avaliaram o custo-efetividade de intervenções baseadas em reuniões familiares, no âmbito da prevenção da depressão e ansiedade nos cuidadores familiares de pessoas com demência.

Os resultados do estudo demonstram que estas intervenções não têm resultados significativos no cuidador, pelo que importa investigar outro tipo de intervenções.

Ainda no âmbito desta problemática, Fisher e Laschinger (2001) realizaram um estudo com o objetivo de compreender de que modo um programa de treino de relaxamento poderia aumentar a autoeficácia dos cuidadores no controlo da ansiedade associada aos comportamentos da pessoa com demência. Os autores deste estudo concluem que as intervenções de relaxamento podem ajudar estes cuidadores a lidar de forma mais efetiva com a ansiedade, aumentando o controlo sobre as situações problemáticas, bem como a confiança para lidar com a ansiedade provocada pelos comportamentos da pessoa com demência. Esta intervenção pode, também, ser efetiva na mobilização de forças pessoais e de estratégias de *coping* dos cuidadores, conforme salientam Fisher e Laschinger (2001). Os referidos autores (2001) acrescentam, ainda, que os cuidadores mais eficazes no controlo da ansiedade, como resultado do programa de treino de relaxamento, sentem-se também mais capazes para aceder a outros recursos úteis. Em suma, o programa de treino de relaxamento abordado neste estudo pode conduzir a alterações positivas na ansiedade do cuidador, sendo esta uma área onde a maioria das intervenções tem vindo a falhar.

Considerando que a intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, é um foco do EESMP, conclui-se que este pode assumir um papel preponderante no que diz respeito à gestão da ansiedade do cuidador informal da pessoa com demência, de modo a que este consiga gerir o seu nível de ansiedade em função da situação que vive. Fazendo uma análise crítica dos resultados dos vários estudos e reconhecendo que a ansiedade está negativamente correlacionada com o nível de educação e de conhecimento, considero que as intervenções de âmbito psicoeducativo podem ser efetivas na gestão da ansiedade do cuidador informal. Estas intervenções, assentes na vertente educativa, no treino de competências e no apoio continuado, constituem uma intervenção pertinente e válida do EESMP face à problemática em estudo, contribuindo significativamente para a redução dos défices da literacia em saúde.

2.3. As intervenções psicoeducativas

De acordo com Figueiredo (2012), o reconhecimento dos efeitos negativos que o cuidar da pessoa com demência tem sobre o cuidador informal, bem como, as políticas de saúde que defendem a não institucionalização da pessoa com demência, têm levado ao desenvolvimento de intervenções junto destes cuidadores. Considerando o dever de facilitar o processo de transição da pessoa para o papel de cuidador, promovendo a sua adaptação e adequação ao mesmo, esta constitui uma área do domínio da intervenção do EESMP.

Neste âmbito, Gonçalves-Pereira e Sampaio (2011), apontam a psicoeducação familiar como uma intervenção que permite desenvolver conhecimentos e competências para lidar com a pessoa com demência, focando-se nas necessidades do cuidador e não nas necessidades do doente. Assim, estas intervenções incrementam a saúde mental positiva dos cuidadores de pessoas com demência, evitando a institucionalização do doente. Esclarecendo o âmago deste tipo de intervenção, Gonçalves-Pereira e Sampaio (2011) definem o conceito de psicoeducação familiar como

o trabalho com famílias para transmitir conhecimento sobre a doença mental ou neuropsiquiátrica de um dos seus elementos e melhorar as competências para lidar com ela. Incide na literacia em saúde mental e, no campo da demência, na informação sobre: sintomas e diagnóstico; etiologia; tratamentos farmacológicos e psicossociais prognóstico; como lidar com os comportamentos do doente e aspetos ligados à institucionalização, falecimento ou luto; questões legais (...) benefícios fiscais e proteção social; ajuda para o cuidador informal. (Gonçalves-Pereira & Sampaio, 2011, p. 6).

Neste contexto, considero pertinente abordar um programa psicoeducativo aplicado por Figueiredo et al (2012) junto de um grupo de cuidadores informais de pessoas com demência. Este programa tinha como objetivo facilitar a adaptação da família à situação de doença de um dos seus membros, promovendo a qualidade de vida, a comunicação entre a família e, também, a comunicação entre esta e os profissionais de saúde.

Os resultados do referido estudo, demonstram que as intervenções de âmbito psicoeducativo dão resposta às necessidades de suporte e educação dos cuidadores informais da pessoa com demência. Este programa permitiu aos

cuidadores desenvolver competências, desenvolver estratégias de *coping* mais positivas e funcionais, ajudando-os a sentirem-se mais competentes na resolução de problemas e mais capazes de enfrentar as exigências da prestação de cuidados à pessoa com demência, bem como aumentar a sua motivação para cuidar. Ainda de acordo com Figueiredo et al (2012), estas intervenções contribuem para a prevenção do *stress* e da sobrecarga do cuidador.

Atendendo à evidência decorrente dos vários estudos analisados, ao longo deste projeto optei por me focar nas intervenções de âmbito psicoeducativo. Reconhecendo que ansiedade é uma resposta emocional subjetiva ao *stress*, que se relaciona com a sobrecarga e com os défices da literacia em saúde, enquanto futura EESMP, considero que um programa de psicoeducação multicomponente pode ter impacto na minimização dos níveis de ansiedade dos cuidadores. Isto porque, para além da componente formativa/educativa este tipo de intervenção inclui uma componente de suporte que atende às necessidades emocionais e psicológicas dos cuidadores.

2.4. Os contributos do modelo conceptual de Betty Neuman

É esperado que o enfermeiro especialista (EE) oriente a sua prática de cuidados mobilizando modelos conceptuais, pelo que, como futura EESMP, optei por fundamentar as minhas intervenções nos pressupostos do modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman. Face à problemática em estudo e atendendo a que a ansiedade é uma resposta emocional a um *stressor*, considero que esta é uma opção pertinente, uma vez que esta teoria tem como pressupostos fundamentais o *stress* e a reação da pessoa ao mesmo.

No modelo de Neuman, o cliente (que pode ser uma pessoa, família, grupo ou comunidade) é considerado um sistema aberto e único, em constante interação com o ambiente, tal como referem Neuman e Fawcett (2011). O cliente é constituído pelo *core*, ou seja, um núcleo central composto pela estrutura básica da pessoa, energia e recursos. O *core* é protegido por linhas de defesa: linha normal de defesa; linha flexível de defesa e linhas de resistência, que o protegem da ação dos *stressores*, a fim de manter o equilíbrio do sistema, ou seja, a saúde e bem-estar do cliente, tal como afirmam Neuman e Fawcett

(2011). Neste modelo, o cliente é considerado nas variáveis: psicológica, fisiológica, sociocultural, espiritual e desenvolvimento.

Assim, à luz deste modelo, os fatores geradores de ansiedade no cuidador informal da pessoa com demência, com implicações nas diversas variáveis, podem ser considerados os *stressores* definidos por Neuman e Fawcett (2011) como estímulos produtores de tensão e instabilidade do sistema, podendo estes ser intra, extra ou interpessoais.

No modelo de Betty Neuman, no que concerne às intervenções de enfermagem distinguem-se três níveis de prevenção; primária, secundária e terciária. No âmbito da prevenção primária atua-se no sentido de prevenir uma possível invasão do exterior, ou seja, atua-se ao nível do risco, fortalecendo a linha flexível de defesa. Assim, as intervenções de enfermagem neste nível de prevenção devem focar-se em objetivos como informar, educar, motivar e apoiar a pessoa. Quando a prevenção primária não permitiu a obtenção dos resultados esperados e a pessoa apresenta já uma reação ao *stressor* surge a prevenção secundária. Neste nível de prevenção, que envolve já o tratamento, a intervenção visa proteger o *core*, fortalecendo as linhas de resistência, pelo que as intervenções de enfermagem visam minimizar a reação da pessoa ao *stressor*. Numa fase posterior ao tratamento e no âmbito da readaptação da pessoa ao equilíbrio do sistema, surge a prevenção terciária. Neste nível, o objetivo da intervenção é prevenir novas reações da pessoa aos *stressores*, aumentando a sua resistência aos mesmos. Assim, as intervenções de enfermagem devem dotar a pessoa de capacidade para identificar *stressores* e criar defesas face aos mesmos, de modo a manter o equilíbrio do sistema, ou seja, o bem-estar e a saúde da pessoa, tal como refere Freese (2004).

Em suma, a mobilização deste modelo conceptual permitiu-me ampliar a minha compreensão da problemática em estudo. Deste modo, foi possível orientar as intervenções de enfermagem em contexto de estágio no sentido de ajudar o cuidador informal da pessoa com demência a manter o equilíbrio do seu sistema, ou seja, ajudá-lo a manter a sua saúde e bem-estar. Para tal, foi necessário conhecer a pessoa, integrando as suas diferentes variáveis, e proceder à identificação dos *stressores* que ameaçam o seu equilíbrio.

3.PERCURSO DE APRENDIZAGEM

Este capítulo inicia-se com a apresentação da finalidade e dos objetivos do projeto de estágio, seguindo-se uma elucidação acerca da metodologia utilizada no âmbito do mesmo. Posteriormente, é feita uma breve caracterização dos contextos de estágio, salientando a pertinência da escolha dos mesmos face às minhas necessidades de aprendizagem. De seguida, são abordadas as atividades desenvolvidas e os resultados obtidos em contexto de estágio, em articulação com as competências do EESMP. Por último, é apresentada uma reflexão acerca do percurso de estágio, incidindo nas aprendizagens realizadas.

3.1. Finalidade e objetivos do projeto

No início deste percurso de aprendizagem, e de acordo com os níveis de competência definidos por Benner (2001), considerava-me uma enfermeira proficiente com a ambição de me tornar perita. Enquanto enfermeira generalista, a percorrer um percurso para me tornar EESMP, era necessário, não só desenvolver um conjunto de competências comuns do EE, mas também competências específicas do EESMP, tal como defende a OE (2010b).

Neste sentido, desenvolvi um projeto de estágio cuja consecução me permitisse desenvolver as competências comuns do EE e as competências específicas do EESMP, bem como tornar-me uma enfermeira perita, ou seja, alguém que “compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis (...) age a partir de uma compreensão profunda da situação global” (Benner, 2001, p.58).

Deste modo, ancorado numa prática reflexiva, o referido projeto teve como finalidade desenvolver competências enquanto EESMP, particularmente, na gestão da ansiedade do cuidador informal da pessoa com demência. Neste sentido, constitui objetivo major deste projeto a identificação e planeamento de intervenções do EESMP que contribuem para a gestão da ansiedade destes cuidadores. Assim, formulei a seguinte questão de partida: quais as intervenções de enfermagem que contribuem para a gestão da ansiedade no cuidador informal da pessoa com demência?

3.2. Opções metodológicas

Com a ambição de encontrar resposta para a questão de partida, no desenho do projeto de estágio concretizou-se a ligação entre os conceitos de enfermagem centrada na pessoa e os cuidados baseados na evidência científica, através de uma *scoping review*. Este exercício de revisão da literatura permitiu identificar o conhecimento existente no que concerne às intervenções de enfermagem no âmbito da gestão da ansiedade do cuidador informal da pessoa com demência.

Posteriormente, partindo do conhecimento já existente e atendendo à minha experiência profissional, foram selecionados os contextos de estágio, delineados os objetivos específicos, bem como os métodos a utilizar e as atividades a desenvolver para os atingir.

Numa fase posterior, já em contexto de estágio, foi realizada a colheita de dados, no âmbito da apreciação clínica dos clientes e do planeamento de intervenções ajustadas às necessidades identificadas. Esta colheita de dados concretizou-se através das entrevistas de enfermagem, da observação, da consulta do processo clínico dos clientes, da aplicação de instrumentos de avaliação da ansiedade (Inventário estado-traço de ansiedade de Spilberger) e da sobrecarga do cuidador (ESC), com suporte na evidência científica.

De salientar que, ao longo do estágio foram respeitados os princípios éticos e deontológicos. Ainda neste âmbito, importa esclarecer que neste relatório os nomes atribuídos aos clientes são fictícios, de modo a respeitar os princípios éticos, protegendo o anonimato do cliente e confidencialidade dos dados.

3.3. Atividades e competências desenvolvidas

Ao longo deste subcapítulo são apresentados os dois contextos de estágio e enunciados os objetivos definidos para cada um deles. Nele são, também, descritas as atividades desenvolvidas ao longo das dezoito semanas de estágio, e apresentada a análise dos resultados obtidos, em articulação com as competências do EESMP que adquiri e desenvolvi.

3.3.1. Contexto de internamento

Uma vez que não tinha experiência profissional em contexto de psiquiatria, situando-me ao nível de iniciado, segundo os níveis de competência definidos por Benner (2001), o primeiro campo de estágio escolhido foi um serviço de psiquiatria de agudos. Este serviço, situado na região de Lisboa, tem como missão prestar cuidados de saúde humanizados e diferenciados, da máxima qualidade, procurando as melhores práticas clínicas, numa perspetiva integral e humanista da pessoa. Neste serviço é, também, fomentada a participação dos familiares no apoio ao cliente, no sentido de promover o bem-estar e equilíbrio psíquico de ambos. Neste âmbito, a equipa deste serviço é multidisciplinar, integrando psiquiatras, médicos de medicina interna, enfermeiros, EESMP, psicóloga, assistente social, técnica de psicomotricidade e fisioterapeuta.

Atendendo à finalidade do estágio, bem como à caracterização do referido contexto, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver o autoconhecimento e a autoconsciência enquanto pessoa e enfermeira, tendo por base uma prática reflexiva;
- Realizar a apreciação clínica da pessoa com doença mental e com ansiedade;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com doença mental e ansiedade, e seus familiares.

Procurando desenvolver as competências do EESMP e atingir os objetivos traçados para o estágio no contexto de internamento, orientei e colaborei em diversas atividades, que descrevo de seguida.

Inicialmente, com o objetivo de me integrar nas dinâmicas do serviço e na equipa de enfermagem, colaborei em várias atividades do serviço, tais como: sessões de psicomotricidade, reuniões comunitárias, passeios ao exterior com os clientes, atividades lúdicas e sessões de psicoeducação sobre gestão do regime terapêutico.

Embora conduzidas por um psicomotricista e sem a intervenção de um enfermeiro, as sessões de psicomotricidade constituíram para mim momentos de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal e profissional. Isto porque, nestas sessões tive oportunidade de me aperceber e identificar dificuldades e limitações da pessoa com doença mental, que não teria oportunidade de

observar sem vivenciar estes momentos. Ao longo destas sessões, pude constatar que aquilo que é desconhecido gera, frequentemente, ansiedade na pessoa com doença mental. Deste modo, o facto de a pessoa desconhecer o que vai acontecer em determinada atividade pode levá-la a evitar participar na mesma, não usufruindo de eventuais ganhos que a atividade possa ter para a sua saúde e bem-estar. Neste âmbito, a minha intervenção passou por dar informação e suporte à pessoa a respeito das atividades, esclarecer dúvidas, incentivar a participação nas sessões e, sobretudo, estar presente e disponível para escutar e promover a expressão de emoções.

Também as reuniões comunitárias constituíram momentos de aprendizagem, pois tive oportunidade de me confrontar com vivências da pessoa com doença mental em situação de internamento. Estas reuniões são realizadas uma vez por semana, orientadas pelo enfermeiro especialista, em colaboração com uma psicóloga e uma assistente social. A participação nas reuniões comunitárias é livre, aberta aos clientes que se apresentem com estabilização sintomática e que desejem partilhar questões relacionadas com o internamento. Este é um momento em que os clientes têm uma voz ativa, podendo expressar emoções e sentimentos, partilhar vivências no contexto de internamento, bem como esclarecer dúvidas. Nestas reuniões os clientes têm, ainda, a possibilidade de fazer uma avaliação dos serviços prestados neste local.

Neste contexto, a partilha de vivências por parte dos clientes conduziu-me ao pensamento crítico e reflexivo sobre as questões da privacidade, sobre a relação estabelecida entre os profissionais e a pessoa com doença mental, as restrições em termos de saídas ao exterior ou da utilização do telemóvel e computador, a necessidade de maior ocupação do tempo e a sensação de alheamento do exterior. Ao participar nestas reuniões, apercebi-me de que estas questões geram, frequentemente, ansiedade na pessoa com doença mental, sendo uma potencial área de intervenção do EESMP. Neste âmbito, a minha intervenção passou por proporcionar presença e escuta ativa, promovendo a expressão de emoções e facilitando a identificação de soluções e alternativas para minimizar o impacto do internamento no bem-estar da pessoa.

Numa fase mais precoce do estágio, e atendendo às dificuldades e necessidades mencionadas pelos clientes nas reuniões comunitárias, dinamizei algumas atividades não só lúdicas, mas também com uma finalidade terapêutica, tais como: jogos de tabuleiro, jogo de cartas, pintura, decoração do serviço para comemorar o dia de *Halloween*, leitura de jornais e revistas atuais, acompanhamento de clientes em passeios no recinto exterior do serviço, idas ao bar ou à capela. Estas atividades permitiram proporcionar maior contacto dos clientes com o exterior, minimizando a sensação de alheamento; diminuir os níveis de ansiedade potenciados pela desocupação e, sobretudo, estabelecer com estes uma relação de confiança e proximidade. Para além destas atividades, desenvolvi também intervenções terapêuticas com recurso à modelagem de barro, pintura e colagem aludindo ao início do outono.

Para além das intervenções já mencionadas, ao longo do estágio, tive também uma intervenção mais individualizada com uma cliente internada, a Maria, que foi espelhada em estudo de caso.

A Maria é uma cliente do sexo feminino, de 52 anos, solteira e sem filhos. Tem quatro irmãos, porém apenas mantém uma relação de proximidade com a irmã mais velha. Sempre viveu com os pais, na casa destes, exceto durante oito anos em que trabalhou nas ilhas. Esta cliente é professora de educação visual, desenho e geometria descritiva; e possui ainda estudos pós-graduados. Geralmente, ocupa o seu tempo livre num atelier de cerâmica.

Até à data do internamento neste serviço de psiquiatria, a Maria vivia com a mãe, de 82 anos de idade, sendo a principal cuidadora desta idosa. Neste âmbito, a cliente refere que sempre cuidou dos pais, dando-lhe todo o apoio necessário: *“sempre apoiei e ajudei os meus pais porque era a que estava mais perto e mais próxima deles, uma vez que sempre vivi lá em casa. Os meus irmãos têm a vida deles e uma vez que eu estava lá em casa... A minha mãe está lúcida e ainda de certa forma autónoma, mas há cerca de um ano para cá está cada vez mais dependente”*.

Esta cliente é seguida em consulta de psiquiatria desde os 35 anos, tendo-lhe sido diagnosticada uma perturbação depressiva, que terá sido despoletada pela morte do pai há cerca de vinte anos. Mais tarde, na sequência da morte do

seu psiquiatra de confiança, a cliente abandonou a consulta de psiquiatria, tendo inclusivamente deixado de aderir à terapêutica medicamentosa.

O internamento da Maria neste serviço surgiu no âmbito de uma transferência de um estabelecimento prisional, no qual esteve em prisão preventiva, indiciada pela prática do crime de homicídio simples (da mãe) na forma tentada. De acordo com a avaliação do médico psiquiatra deste serviço, a cliente apresenta sintomatologia que aponta para o diagnóstico de perturbação depressiva major recorrente, a que se associam fatores moduladores da personalidade com instabilidade e impulsividade.

Na primeira entrevista que efetuei, a cliente apresentava controlo sintomático bem como *insight* e juízo crítico, referindo ter vontade de continuar a cuidar da mãe, mas reconhecendo as suas dificuldades e a necessidade de apoio nesta tarefa. Tendo em conta a sobrecarga da cliente enquanto cuidadora informal da sua mãe, apliquei a ESC, tendo-se obtido um score de 57, o que corresponde a “sobrecarga intensa”. Neste âmbito, promovi a expressão de emoções associadas à prestação de cuidados à mãe, através de intervenções psicoterapêuticas com recurso à pintura, ao desenho e à modelagem de barro, atendendo ao interesse da cliente pelas artes plásticas. Incentivei, também, a Maria a encontrar soluções alternativas, em conjunto com a família, no que concerne à prestação de cuidados à mãe no futuro.

Não desvalorizando a sobrecarga, o principal problema identificado no que respeita a esta cliente, o qual esta valida, é a ansiedade face à privação da liberdade e à incerteza do seu futuro. Neste contexto a cliente verbaliza: *“para mim é muito difícil ver-me privada da minha liberdade. Ver-me privada de fazer a minha vida habitual deixa-me ansiosa. Sinto uma opressão, um peso no peito, parece que sinto dificuldade em encher o peito de ar, em respirar fundo. Às vezes tenho pesadelos e tenho medo da polícia e da prisão. Mas tenho procurado controlar-me fazendo algumas coisas que gosto”*.

No sentido de avaliar a ansiedade da cliente, apliquei inicialmente o inventário de ansiedade estado STAI Y-1, tendo-se obtido um score de 50, que corresponde a “ansiedade elevada”.

Com base nos dados colhidos, e identificados os *stressores* intrapessoais, extrapessoais e interpessoais que interferem com o bem-estar da cliente, a minha intervenção junto desta foi de âmbito psicoterapêutico, tendo como objetivos facilitar a expressão das emoções e a identificação de estratégias de *coping* que lhe permitissem viver o internamento com menores níveis de ansiedade. Valorizando o que foi expresso pela cliente e com o objetivo de diminuir a sintomatologia ansiosa, disponibilizei a minha presença junto desta e escutei ativamente, fomentando um sentimento de confiança e segurança, com base numa relação empática e de aceitação positiva. Através da comunicação verbal e não verbal demonstrei interesse e compreensão a respeito dos problemas vivenciados pela cliente. Estabelecida uma relação terapêutica, promovi a participação da Maria em atividades lúdicas e terapêuticas do seu interesse, que pudessem contribuir para a redução dos níveis de ansiedade e para o aumento da sensação de liberdade, tais como: sessões de relaxamento, ginástica, ateliers de costura, sessões de psicomotricidade, pintura e jogos.

Ao intervir com esta cliente, desenvolvi a competência do EESMP: *detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional*. (OE, 2010b, p.4). Estar e intervir com uma pessoa vulnerável exigiu um processo de tomada de consciência de mim mesma, sobretudo no que respeita aos meus preconceitos e às minhas emoções.

Considerando a sintomatologia apresentada pela cliente, considerei pertinente capacitar a Maria para a execução de técnicas de relaxamento que lhe permitissem sentir-se menos ansiosa. Assim, encorajei-a a participar no programa de psicoeducação para a gestão da ansiedade, abordado adiante neste relatório. Neste seguimento, a Maria viria a integrar o grupo de psicoeducação, demonstrando motivação para a sua reabilitação e empenho no seu processo de desenvolvimento pessoal.

No final do estágio a Maria estava integrada num grupo de clientes, com as quais tomava café, ia à ginástica ou dava pequenos passeios e às quais fazia manicura. Junto deste grupo a Maria era também capaz de partilhar as suas preocupações e expressar emoções. Após a minha intervenção com esta cliente,

pude constatar que o seu autoconhecimento, *insight* e juízo crítico aumentaram, sendo esta capaz de reconhecer as suas limitações no que diz respeito à continuidade dos cuidados à mãe, identificar os *stressores* e as suas reações aos mesmos, bem como mobilizar recursos pessoais para manter o seu bem-estar. Neste contexto a Maria referia: *“Estou plenamente consciente de que não tenho condições para cuidar da minha mãe sozinha e além disso, com a prisão preventiva, não sei quando poderei voltar a casa. Uma coisa já percebi...enquanto aqui estiver preciso manter-me ativa e fazer algumas coisas que me façam de alguma forma sentir livre. Ler um bom livro, ir ao bar tomar um café. E levo já uma aprendizagem para o futuro... o relaxamento. Quando me sentir mais ansiosa já tenho uma estratégia que resulta”*.

O acompanhamento desta cliente constituiu uma oportunidade de aprendizagem, na medida em que me permitiu compreender de que modo a ansiedade afeta a pessoa, em todas as suas variáveis, e consequentemente, desenvolver competências no âmbito do planeamento de cuidados personalizados a esta pessoa. Neste sentido, considero ter desenvolvido aspetos da terceira competência do EESMP: *ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto* (OE, 2010b, p.5). Isto é, sistematizei e analisei os dados colhidos, determinando um diagnóstico de saúde mental; identifiquei os resultados esperados; realizei e implementei um plano de cuidados de enfermagem individualizado, validando-o e negociando-o com a cliente, promovendo a funcionalidade e a qualidade de vida da mesma.

Partindo da minha necessidade de adquirir competências de âmbito psicoeducativo para, posteriormente, as mobilizar junto dos cuidadores informais de pessoas com demência, desenvolvi e implementei um programa de psicoeducação para a gestão da ansiedade, que veio também dar resposta a uma necessidade sentida no serviço de psiquiatria. A dinamização deste programa constituiu um desafio para mim enquanto futura EESMP, uma vez que a minha experiência prévia neste tipo de intervenção era escassa. Assim, para a conceção do programa foi crucial a pesquisa bibliográfica e a supervisão da enfermeira orientadora do contexto clínico.

Antes de descrever o programa de psicoeducação implementado, importa esclarecer que, no âmbito da psiquiatria, o termo psicoeducação define-se como “um processo de formação de uma pessoa com perturbação psiquiátrica, em domínios que visam o tratamento e a readaptação” (Favrod e Maire, 2014, p. 46), ocorrendo no contexto de uma relação terapêutica.

Nesta perspetiva, diversos estudos demonstram que a psicoeducação promove o autoconhecimento e o conhecimento acerca da doença e ajuda a pessoa a lidar com a mesma, facilitando a tomada de decisão consciente e responsável. Assim, esta intervenção contribui para a adesão ao tratamento, sobretudo à terapêutica farmacológica; para a melhoria do funcionamento psicossocial da pessoa com doença mental; para o aumento do bem-estar e diminuição do *stress* e sobrecarga da família; bem como para a diminuição de recaídas e internamentos. Perante tais evidências, a psicoeducação tem conquistado um lugar de destaque enquanto intervenção complementar no tratamento da pessoa com doença mental, na medida em que ajuda a pessoa e a família a lidar com as múltiplas implicações da doença nas suas vidas.

O planeamento e a condução de intervenções psicoeducativas, com o objetivo de promover o conhecimento, a compreensão e a gestão dos problemas associados à doença mental, é uma competência do EESMP reconhecida pela OE (2010b). Ao mobilizar competências psicoeducacionais, o EESMP consegue estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o *insight* sobre os problemas e a capacidade de dar resposta aos mesmos, tal como defende a OE (2010b).

Considerando que “o EESMP compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais” (OE, 2010b, p.1), as intervenções de âmbito psicoeducativo que desenvolvi em contexto de estágio tiveram como finalidade

contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental, tendo como objectivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família (OE, 2010b, p.1).

Face ao exposto, o programa de psicoeducação implementado em contexto de estágio teve como finalidade o restabelecimento do equilíbrio do sistema-cliente, que se traduz na recuperação da sua saúde e bem-estar, nomeadamente, na diminuição dos níveis de ansiedade. Assim, o planeamento deste programa teve em conta os quatro princípios básicos mencionados por Favrod e Maire (2014): promoção de relações baseadas no respeito e na reciprocidade; desenvolvimento da autodeterminação e do controlo pessoal; promoção da autoestima e da esperança; e a construção de uma identidade própria e de um sentido para a vida. Assim, foram traçados os seguintes objetivos para este programa:

- Promover o autoconhecimento e a autoestima da pessoa;
- Aumentar o *insight* da pessoa sobre o seu problema;
- Capacitar a pessoa para reconhecer em si os sintomas associados à ansiedade;
- Capacitar a pessoa para identificar fatores geradores de ansiedade;
- Capacitar a pessoa para gerir a ansiedade.

Caracterização do grupo-alvo

A identificação de potenciais participantes no programa e o contacto com os mesmos foi realizado por mim, sob supervisão da enfermeira orientadora do contexto clínico. Os critérios de inclusão definidos foram os seguintes: presença de sintomatologia ansiosa e de *insight* sobre o problema/doença. A evidência de sintomas psicóticos foi considerada critério de exclusão.

Segundo Favrod e Maire (2014), as intervenções psicoeducativas são precedidas por uma fase de avaliação, tendo em vista o conhecimento da situação global da pessoa com doença mental, a fim de adaptar a forma, o conteúdo e o ritmo das intervenções. De acordo com Gonçalves-Pereira et al (2011), a avaliação inicial pode ser feita através de uma entrevista individual, na qual são colhidos dados clínicos e sociodemográficos, bem como, informação sobre os conhecimentos da pessoa acerca da problemática em estudo. Assim, previamente à integração das pessoas no grupo-alvo, foi realizada uma entrevista individual para colheita de dados, que me permitiu realizar a

caracterização sócio demográfica do grupo, conhecer cada uma das clientes, identificar os seus *stressores* e ajustar as sessões do programa de psicoeducação às suas necessidades, expectativas, dificuldades, limitações e, sobretudo, às suas particularidades.

Inicialmente foram identificadas oito clientes com potencial para integrar o grupo-alvo. Porém, por constrangimentos relacionados com os horários de outras atividades e tratamentos integrados no processo de recuperação de duas destas clientes, o grupo-alvo do programa de psicoeducação para a gestão da ansiedade foi constituído por seis clientes. Todas estas pessoas eram do sexo feminino, encontravam-se internadas no serviço de psiquiatria de agudos, com sintomatologia ansiosa: Clara (46 anos, divorciada, auxiliar de copa); Gabriela (48 anos, casada, cabeleireira); Maria (52 anos, solteira, professora); Patrícia (54 anos, casada, telefonista); Laura (57 anos, solteira, bancária reformada) e Adelaide (58 anos, casada, doméstica).

Este programa foi constituído por quatro sessões, cada uma das quais com 45 minutos de duração.

A primeira sessão ocorreu no dia 18 de outubro de 2016, contou com a presença das seis clientes e teve os objetivos apresentados no Apêndice II.

No início desta sessão foi aplicado o inventário estado-traço de ansiedade de Spilberger, para determinar os níveis de ansiedade das participantes no início do programa. A Gabriela apresentava score 54 (que corresponde a ansiedade elevada) na STAI Y-1 e score 50 na STAI Y-2 (ansiedade elevada). Por sua vez, a Clara apresentava score 56 (ansiedade elevada) na STAI Y-1 e score 54 na STAI Y-2 (ansiedade elevada). Relativamente à STAI Y-1, a Maria apresentava score 62 (ansiedade elevada) e score 39 na STAI Y-2 (ansiedade moderada). A Laura apresentava score 61 (ansiedade elevada) na STAI Y-1 e score 52 na STAI Y-2 (ansiedade elevada). A Patrícia apresentava score 51 (ansiedade elevada) na STAI Y-1 e score 47 na STAI Y-2 (ansiedade moderada). A Adelaide apresentava score 62 (ansiedade elevada) na STAI Y-1 e score 54 (ansiedade elevada) na STAI Y-1.

Após esta avaliação inicial, foi entregue às participantes um folheto informativo acerca dos objetivos, conteúdos e calendarização das sessões do

programa de psicoeducação. Este folheto foi abordado e explorado, recorrentemente, ao longo do programa. Posteriormente, foi desenvolvida uma intervenção com recurso ao desenho, à pintura e aos recortes de revista como mediadores expressivos, tendo como ponto de partida a frase: “Sentir-me ansioso é...”. No decurso desta atividade, a Adelaide teve de ser encaminhada para fora da sala por não estar a conseguir realizar a atividade, devido a dificuldades de concentração e outros sintomas de ansiedade como a inquietação e tensão muscular. Esta decisão foi tomada de forma refletida, reconhecendo que este comportamento da Adelaide poderia prejudicar o restante grupo, comprometendo o seu bem-estar e os benefícios da sua participação no programa, o que se sobrepôs aos eventuais benefícios da sessão para a saúde desta cliente. Neste sentido, a enfermeira orientadora do contexto clínico acompanhou a cliente para fora da sala, tendo permanecido com ela, enquanto eu continuei a dinamizar a sessão.

Após a realização da atividade, foi promovida e incentivada a partilha do trabalho final com o restante grupo, tendo sido feita uma articulação entre as ideias expressas pelas participantes e a definição e sintomatologia associada à ansiedade. No final desta sessão, foi entregue às participantes uma pagela (Apêndice IV), com o intuito de recordar no futuro a participação neste programa e a pertença a este grupo, promovendo a esperança e a motivação para participar nas sessões seguintes. Nesta mesma sessão, as clientes foram convidadas a escolher um nome para identificar o grupo, redigindo-o de seguida na pagela.

No término da sessão, as clientes preencheram uma grelha de avaliação da mesma, tendo-se obtido os seguintes resultados: as quatro clientes consideraram que os temas trabalhados na sessão foram adequados e importantes para si; as quatro clientes referem que os temas abordados e as atividades realizadas corresponderam às suas expectativas; as quatro clientes pensam que as atividades realizadas na sessão podem ajudá-las a lidar com a ansiedade; as quatro clientes reconhecem que o tempo dado para a realização da atividade foi adequado. Ao serem convidadas a fazer um breve comentário acerca da sessão, surgem as seguintes afirmações: *“Gostei de participar. Foi*

bom estar ocupada e fazer algo diferente para recuperar.” (Patrícia); “Para mim a ansiedade é terrível. Aqui pareceu-me menos má.” (Gabriela).

A segunda sessão deste programa decorreu no dia 25 de outubro e teve os objetivos referidos no Apêndice II. Nesta sessão participaram quatro clientes, uma vez que a Adelaide não voltou a ser integrada no grupo e a Gabriela teve alta no dia anterior à realização da sessão.

Tendo em vista a consecução dos objetivos traçados, comecei por dinamizar o aquecimento, convidando cada cliente a encher um balão e, ao expirar, colocar dentro do balão, de forma metafórica, os seus *stressores* geradores de ansiedade. De seguida os balões foram lançados ao ar e o grupo teve como missão não deixar cair nenhum dos balões, de modo a que o seu conteúdo não voltasse a causar ansiedade, tendo em vista a manutenção do equilíbrio do sistema, que se traduz na saúde e bem-estar do cliente.

De seguida proporcionei um momento de leitura do folheto informativo entregue na sessão anterior, em grupo, focando-me na compreensão das técnicas de relaxamento. Neste seguimento, dinamizei uma sessão de relaxamento com recurso à técnica de respiração diafragmática e à visualização guiada. Foi sugerido às clientes que ao expirar imaginassem que estavam a afastar de si todas as coisas que lhe causam sofrimento, e que ao inspirar aproximassem de si as coisas boas da sua vida. Seguiu-se um momento de partilha acerca das emoções vivenciadas, durante o qual senti dificuldade em confrontar-me com o sofrimento do outro. Este constrangimento traduziu-se na dificuldade em sintetizar e dar sentido ao que foi expresso pelo grupo. Neste momento, uma das clientes sugeriu que terminássemos a sessão com um abraço de grupo, ideia que foi aceite e acolhida pelas participantes.

No final da sessão as clientes preencheram a grelha de avaliação da mesma, obtendo-se os seguintes resultados: as quatro clientes referiram sentir-se menos ansiosas; as quatro clientes consideraram que os temas abordados foram adequados e importantes para si; as quatro clientes mencionaram que os temas abordados e as atividades realizadas corresponderam às suas expectativas; as quatro clientes consideraram que as atividades realizadas podem ajudá-las a lidar com a ansiedade; duas clientes consideraram que o

tempo dedicado ao relaxamento foi insuficiente: *“Precisava de mais tempo para relaxar.”* (Patrícia); *“Com mais tempo tinha relaxado mais.”* (Maria).

Ao serem convidadas a fazer um breve comentário sobre a sessão, surgem as seguintes afirmações: *“Sinto-me relaxada e calma. Estes exercícios são importantes para controlar a ansiedade, pois a respiração deixa-nos mais calmos e menos ansiosos”* (Maria); *“Sinto-me bem, não consigo descrever”* (Clara); *“Sinto-me mais aliviada.”* (Laura); *“E que nunca nos falte esperança em dias melhores, como diz a frase que está escrita na nossa pagela”* (Patrícia).

A terceira sessão do programa decorreu no dia 8 de novembro, contou com a presença de quatro clientes e teve como objetivos os referidos no Apêndice II. Neste sentido, criei um momento de leitura e análise, em grupo, do folheto informativo, focando-me na compreensão da técnica de relaxamento muscular progressivo, uma vez que esta seria a técnica desenvolvida nesta sessão. Seguiu-se, então, um exercício de relaxamento muscular progressivo, que foi precedido de exercícios de respiração diafragmática. No final da sessão de relaxamento, dinamizei um momento de reflexão e partilha entre o grupo, em articulação com os conhecimentos teóricos sobre os benefícios do recurso a este tipo de técnicas de relaxamento.

Por fim, as clientes preencheram a grelha de avaliação da sessão, tendo-se obtido os seguintes resultados: as quatro clientes referiram sentir-se menos ansiosas no final da sessão; as quatro clientes consideraram que os temas abordados foram adequados e importantes para si; as quatro clientes mencionaram que os temas abordados e as atividades realizadas na sessão corresponderam às suas expectativas, as quatro clientes consideraram que as atividades realizadas podem ajudá-las a lidar com a ansiedade; as quatro clientes consideraram que o tempo dado para a sessão de relaxamento foi suficiente. Os comentários tecidos acerca da sessão foram os seguintes: *“Sinto-me mais tranquila. Foi perfeito porque com este relaxamento consegui ultrapassar o medo de fechar os olhos.”* (Laura); *“Sinto-me calma, tranquila e satisfeita. É sempre bom partilhar experiências novas e ver o resultado.”* (Patrícia); *“Sinto-me bem mais tranquila.”* (Maria).

A 15 de novembro foi realizada a quarta e última sessão, na qual participaram quatro clientes, tendo como objetivo o mencionado no Apêndice II. Neste âmbito, desenvolvi uma intervenção com recurso à pintura e desenho sobre uma máscara branca como mediador expressivo, tendo convidado as participantes a representar na máscara “o novo eu”. No final, foi dado espaço ao grupo para expressar emoções, bem como para partilhar o resultado do trabalho realizado. Para assinalar o término deste programa foi realizado um lanche de convívio entre o grupo, cuja sugestão havia partido das próprias participantes.

No final da sessão as clientes preencheram a grelha de avaliação da mesma, tendo-se obtido os seguintes resultados: três clientes referiram sentir-se menos ansiosas; as quatro clientes consideraram que os temas abordados foram adequados e importantes para si; as quatro clientes mencionaram os temas abordados e as atividades realizadas na sessão corresponderam às suas expectativas; três clientes consideraram que as atividades realizadas podem ajudá-las a lidar com a ansiedade; as quatro clientes consideraram que o tempo dado para a sessão foi suficiente. Foram verbalizados os seguintes comentários: *“Sinto-me calma, tranquila e satisfeita. É importante sabermos o que queremos para o nosso futuro e partilhar sentimentos”* (Maria); *“Sinto-me bem”* (Clara); *“Sinto-me tranquila, calma e alegre”* (Laura).

Nesta última sessão, foi novamente aplicado o inventário de ansiedade-estado de Spilberger (STAI Y-1), para avaliar os níveis de ansiedade das participantes no final do programa. A Clara apresentava score 43 (ansiedade moderada). Por sua vez, a Maria apresentava score 35 (ansiedade moderada). A Laura apresentava score 40 (ansiedade moderada). A Patrícia apresentava score 40 (ansiedade moderada). Comparando os resultados obtidos relativamente à STAI Y-1, no início e no final do programa, verifica-se que todas as clientes que participaram neste programa de psicoeducação apresentaram diminuição dos níveis de ansiedade, passando de níveis de ansiedade elevada para moderada, pelo que as intervenções de âmbito psicoeducativo tiveram efetivamente um impacto positivo no bem-estar das clientes. Esta perspetiva é corroborada pelas próprias participantes, tendo estas referido, no final do programa, que estavam satisfeitas por terem participado nas sessões,

acrescentando que voltariam a participar em intervenções semelhantes. Do mesmo modo, todas as clientes referiram que aconselhariam familiares e amigos com problemas idênticos aos seus a participar neste programa.

Analisando o meu percurso de aprendizagem neste contexto de estágio, e atendendo de forma particular ao desenvolvimento do programa de psicoeducação, reconheço que desenvolvi, também, a quarta competência do EESMP: *presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde* (OE, 2010b, p.7). Quer no estudo de caso, quer através da condução do programa de psicoeducação fui capaz de implementar as intervenções identificadas no plano de cuidados, tendo ajudado estas pessoas a alcançar um estado de saúde mental mais próximo do que desejam ou a integrar o seu problema/doença, promovendo o seu bem-estar, através de cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional.

Refletindo de forma crítica sobre o meu estar e desempenho nas atividades e intervenções terapêuticas que orientei, mas também sobre aquelas em que apenas colaborei, reconheço que desenvolvi a primeira competência do EESMP: *detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional*. (OE, 2010b, p.4). Para o desenvolvimento desta competência, que inclui a capacidade de estabelecer com o cliente uma relação empática, controlando os fenómenos de transferência e contratransferência, foi também essencial a partilha e discussão de vivências e emoções com a enfermeira orientadora do contexto clínico, bem como a realização e discussão de jornais de aprendizagem. Este exercício reflexivo permitiu-me pensar de forma crítica sobre a minha prática de cuidados, mobilizando o Ciclo Reflexivo de Gibbs, o que promoveu o meu autoconhecimento e tomada de consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira. Estas aprendizagens permitiram-me otimizar a minha prática de cuidados, integrando o saber-saber, o saber-ser e o saber-estar.

Este percurso de aprendizagem num serviço de psiquiatria permitiu-me, também, desenvolver a segunda competência do EESMP: *assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental*. (OE, 2010b, p.4). Neste âmbito, desenvolvi competências na recolha de informação pertinente para a compreensão do estado de saúde mental do cliente, mobilizando aptidões de comunicação, revisão dos registos, técnica de entrevistas e de observação do comportamento, tendo em vista a compreensão abrangente da pessoa. Ainda no âmbito desta competência, considero que o projeto implementado foi promotor da saúde mental das clientes, fomentando o empoderamento das mesmas.

3.3.2. Contexto comunitário

O segundo campo de estágio foi escolhido com o intuito de aumentar o meu conhecimento e compreensão acerca da problemática da pessoa com demência e, sobretudo, acerca da ansiedade do cuidador informal da mesma. Assim, realizei o estágio do contexto comunitário numa unidade especializada no cuidado à pessoa com demência, na sua valência de centro de dia.

A equipa deste hospital é multidisciplinar, integrando psiquiatras, neurologistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, enfermeiros, EESMP, neuropsicólogas e animadora sociocultural. Neste contexto de estágio tive oportunidade de cuidar de pessoas com demência em situação de internamento, bem como contactar com os seus cuidadores informais. Por outro lado, tive também oportunidade de intervir com pessoas com demência que frequentam a unidade em regime de ambulatório, frequentando a valência de centro de dia. Nesta valência, a pessoa com demência beneficia das competências e serviços do hospital sem necessidade de internamento, num horário de funcionamento alargado, a pensar na sua comodidade e do seu cuidador informal, com custos inferiores aos praticados em regime de internamento. No contexto de centro de dia são desenvolvidos programas de estimulação e reabilitação para várias situações de doença, nomeadamente para a demência.

Tendo em conta a caracterização deste contexto de estágio, bem como as minhas necessidades de aprendizagem, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver o autoconhecimento e a autoconsciência enquanto pessoa e enfermeira;
- Realizar a apreciação clínica da pessoa com demência e do cuidador informal;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com demência;
- Identificar fatores geradores de ansiedade no cuidador informal da pessoa com demência, associados ao cuidar da mesma;
- Prestar cuidados especializados no âmbito da prevenção e gestão da ansiedade do cuidador informal da pessoa com demência.

O meu percurso de aprendizagem neste contexto de estágio, começou pela integração na equipa de enfermagem e nas dinâmicas do serviço. Assim, e uma vez que a minha experiência profissional junto da pessoa com demência era pontual e sem supervisão de um EESMP, comecei por prestar cuidados aos clientes em situação de internamento. Esta etapa do percurso de aprendizagem foi imprescindível para que adquirisse competências de EESMP no cuidado à pessoa com demência, na medida em que me permitiu identificar e compreender os problemas, dificuldades e comportamentos da pessoa com demência no seu dia-a-dia. A prestação direta de cuidados a estes clientes foi crucial para o desenvolvimento da primeira competência do EESMP: *detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional* (OE, 2010b, p.4). Isto porque, ao prestar cuidados à pessoa com demência me confrontei com as minhas próprias emoções e dificuldades em lidar com os seus comportamentos (resistência aos cuidados, agitação, deambulação) e dificuldades (agnosia e apraxia).

Acerca da pertinência da prestação de cuidados à pessoa com demência no meu percurso de aprendizagem, recorro a Benner (2001), que defende que o enfermeiro só toma consciência da complexidade e da perícia que um determinado cuidado exige se participar na prática de cuidados. Assim, recordando aquela que foi a minha prática em contexto de estágio, saliento que

houve momentos em que eu própria me senti ansiosa. Ora por não compreender o que estava na origem dos problemas comportamentais, ora por não identificar intuitivamente as estratégias para ajudar a pessoa perante uma apraxia ou agnosia. Neste âmbito, a realização dos jornais de aprendizagem, enquanto exercício crítico e reflexivo, permitiu-me tomar consciência das minhas emoções, dos *stressores* que interferem com o meu bem-estar, bem como identificar recursos e estratégias para lidar com os mesmos. Esta prática reflexiva, ajudou-me, também, a identificar *stressores* associados ao cuidar da pessoa com demência que podem gerar ansiedade no cuidador informal, aumentando a minha compreensão acerca desta problemática.

Ao longo do estágio, participei também nas reuniões multidisciplinares de discussão de casos clínicos, nas quais obtive uma compreensão mais ampla da problemática da pessoa com demência, identificando com maior clareza o papel do EESMP nos cuidados a esta população.

Após ter desenvolvido competências no âmbito do cuidar da pessoa com demência, comecei a intervir de forma especializada com esta população, recorrendo à terapia de orientação para a realidade, terapia de reminiscência, terapia da validação, estimulação cognitiva e gestão de sintomas psicológicos e comportamentais. Tal como defende a OE (2010a), estas estratégias de intervenção para a pessoa com demência, que apliquei em contexto de estágio, integram técnicas do domínio especializado do EESMP.

Para além destas atividades, no decorrer do estágio intervim com uma cliente em particular, a Catarina, pessoa com demência, acerca da qual realizei um estudo de caso. A Catarina tem 72 anos, é caucasiana e reside na região de Lisboa. Tem dois filhos, é divorciada há cerca de 20 anos e teve um relacionamento posterior que terminou em 2014. Nesta mesma altura passou a viver com mãe, Carmo, de 93 anos, na casa desta. A Catarina tem uma licenciatura e foi professora, tendo-se reformado há cerca de 10 anos.

Esta cliente tem diagnosticada demência frontotemporal desde 2014, tendo a família detetado alterações iniciais, nomeadamente, na gestão financeira, com compras descontroladas e confusão relativamente aos dias da semana. Posteriormente é percebido pela família o humor deprimido e o

isolamento social, tendo pela primeira vez recusado organizar a sua festa de aniversário. As dificuldades crescentes na gestão do dia-a-dia, nomeadamente, a incapacidade para a gestão da medicação e a necessidade de supervisão nas saídas ao exterior, conduziu a mãe da cliente a procurar apoio de uma cuidadora formal, ou seja, alguém remunerado para prestar cuidados.

Em setembro de 2016, sem aparente fator desencadeante, a cliente inicia quadro de insónia, labilidade emocional, autoagressividade, agitação quando contrariada e episódios delirantes, o que levou a família a recorrer a este hospital. Neste seguimento, a Catarina viria a ficar internada para controlo sintomático. Ao longo do internamento, a mãe visitava diariamente a Catarina. No decorrer destas visitas foi percebido pela equipa de enfermagem que a Carmo apresentava sintomatologia ansiosa: inquietação e dificuldades de concentração. Foi também percebido que a ansiedade da mãe interferia com a funcionalidade da cliente nas horas em que decorria a visita.

Discutindo este caso com a orientadora do contexto clínico, percebi que esta cuidadora havia sido, recentemente, alvo de intervenção de uma aluna da especialidade, no âmbito da sobrecarga do cuidador. Atendendo aos princípios éticos, optei por não aplicar junto desta cliente as escalas que mobilizei com outros cuidadores, abordadas adiante neste relatório. Esta decisão foi tomada tendo por base os cuidados centrados na pessoa e não as minhas necessidades formativas, uma vez que ética e deontologicamente, não seria adequado voltar a submeter esta cuidadora a uma série de instrumentos de avaliação.

Face ao exposto, e sob supervisão da enfermeira orientadora do contexto clínico, optei por desenvolver intervenções de âmbito psicoterapêutico junto desta cuidadora. Esta foi uma opção relevante, na medida em que “na especificidade da prática em enfermagem de saúde mental, são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao enfermeiro EESMP desenvolver um juízo crítico singular, logo uma prática clínica de enfermagem distinta das outras áreas de especialidade.” (OE, 2010b, p.1). Esta prática clínica permitiu-me estabelecer com a cliente uma relação de parceria e de confiança, bem como aumentar o seu *insight* sobre o problema e facilitar a identificação de novas vias de resolução. Foi esta prática que procurei desenvolver ao longo do

estágio, numa lógica integradora de saberes, que me permitiu desenvolver enquanto pessoa e profissional numa prática avançada de enfermagem.

Neste âmbito, num ambiente propício, disponibilizei presença e escuta ativa, promovendo a expressão de emoções da Catarina. Estas intervenções permitiram-me avaliar o impacto que a demência tem na qualidade de vida e bem-estar da mãe, bem como identificar fatores protetores e promotores do seu bem-estar. As intervenções de âmbito psicoterapêutico facilitaram, também, o ajuste das expectativas relativamente à evolução da demência.

Neste contexto, desenvolvi também intervenções de âmbito psicoeducativo, validando os conhecimentos da Carmo acerca da demência e facilitando a identificação das causas associadas aos comportamentos da Catarina, bem como a identificação de estratégias para lidar com os mesmos. No âmbito da minha intervenção com a cuidadora informal, esta referiu: *“É muito bom poder falar com alguém porque eu não percebo nada desta doença. Eu sei que me restam poucos anos de vida e quero ver a minha filha o melhor possível. Já percebi que não vale a pena contrariá-la e que não vai ficar boa, mas pelo menos que esteja calma e sem sofrer. Quando vejo a situação dela apetece-me muito chorar, mas não o quero fazer ao pé dela porque fica logo mais nervosa e agitada... e eu também. Aqui consigo não faz mal chorar as minhas mágoas. Agora já vou mais calma para o pé dela.”*

No âmbito deste estudo de caso, considero ter desenvolvido a segunda competência do EESMP: *assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental* (OE, 2010b, p.4), pois desenvolvi competências na recolha de informação pertinente para a compreensão do estado de saúde mental do cliente, mobilizando aptidões de comunicação, revisão dos registos, técnica de entrevista e de observação do comportamento, bem como sensibilidade cultural e linguística. Ainda no que concerne a esta competência, realizei uma avaliação global das respostas da cliente à situação de doença da filha e avaliei as suas capacidades internas e recursos externos para manter a saúde mental e promover a qualidade de vida.

Neste contexto de intervenção desenvolvi também a terceira competência do EESMP: *ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família,*

grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto (OE, 2010b, p.5), na medida em que analisei e sistematizei os dados colhidos, estabeleci um diagnóstico de saúde mental; identifiquei os resultados esperados, implementei um plano de cuidados individualizado, validando-o e negociando-o com a cliente/família.

Após ter prestado cuidados à pessoa com demência em situação de internamento, bem como ao seu cuidador informal, iniciei uma nova etapa do meu percurso de aprendizagem. Comecei, então, a acompanhar quatro clientes que frequentavam o centro de dia. Durante as horas em que estas pessoas estavam na unidade tive a oportunidade de os acompanhar em algumas AVDs, bem como nas atividades de neuroestimulação e sessões de fisioterapia. Neste ponto saliento que, embora as atividades de neuroestimulação e as sessões de fisioterapia sejam dinamizadas por terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas respetivamente, sem qualquer intervenção do enfermeiro, a minha participação nas mesmas constituiu um momento de aprendizagem. Isto porque, tive oportunidade de contactar com as dificuldades e limitações da pessoa com demência, associadas aos défices de memória, à agnosia e à apraxia.

Após ter sido estabelecida uma relação terapêutica com as pessoas com demência, em contexto de centro de dia, iniciou-se uma nova etapa do meu percurso de aprendizagem. Esta etapa do estágio foi dedicada à intervenção com os cuidadores informais dos quatro clientes que frequentavam o centro de dia, concretizando aquele que era o objetivo major do meu projeto de estágio: identificar e implementar intervenções que ajudem o cuidador informal da pessoa com demência a gerir a ansiedade.

Caracterização do grupo-alvo

Tendo em vista o planeamento e implementação de um programa de psicoeducação para a gestão da ansiedade do cuidador informal da pessoa com demência, foram identificados quatro cuidadores com potencial para integrar o grupo de intervenção. Esta identificação foi feita sob supervisão da enfermeira orientadora do contexto clínico e teve como único critério de inclusão: ser cuidador informal de uma pessoa com demência a frequentar o centro de dia.

Esta foi a aceção escolhida, pois tal como refere a OE (2009), a família como parceira e prestadora de cuidados informais, tem também de ser alvo dos cuidados de enfermagem para se garantir a qualidade dos cuidados e prevenir a utilização inadequada dos recursos de saúde.

O programa de psicoeducação que intitulei de “Cuido, logo existo”, dirigido a cuidadores informais de pessoas com demência, compreende três etapas.

A primeira etapa integra a entrevista inicial com cada um dos cuidadores. Neste âmbito, foi estabelecido contacto telefónico com os quatro cuidadores já referidos, porém, por constrangimentos de ordem pessoal, dois deles não viriam a participar nas intervenções planeadas. Após este contacto inicial, que teve como finalidade apresentar-me, dar a conhecer o meu projeto e perceber qual a disponibilidade dos cuidadores informais para participar no mesmo, foi agendado um primeiro encontro presencial na unidade.

Neste primeiro encontro na unidade, foram apresentados os objetivos do programa, bem como a estrutura do mesmo (calendarização das sessões, local e gratuidade do mesmo). Nesta mesma entrevista foi realizada a colheita de dados para a caracterização sociodemográfica dos cuidadores, bem como a identificação dos *stressores* que ameaçam ou afetam o seu bem-estar e a identificação das necessidades sentidas pelos cuidadores. Tendo em vista a avaliação da ansiedade do cuidador foi aplicado o inventário estado-traço de ansiedade de Spilberger (STAT Y-1 STAI Y-2), bem como a ESC.

No dia 6 de janeiro de 2017 decorreu a entrevista inicial com o João, um cuidador informal, que coabita com a esposa, Benvinda, uma pessoa com demência. Este cuidador, de 78 anos, cuida da esposa há um ano e presta cerca de 14h de cuidados diariamente, apoiando-a nas suas AVDs e AIVDs. O João conta com o apoio de uma cuidadora formal, que trabalha em sua casa 8h por dia, prestando cuidados à Benvinda. O João está atualmente reformado, tendo desempenhado funções como controlador de tráfego aéreo após ter terminado o ensino secundário.

Nesta entrevista foram colhidos dados acerca das necessidades do cuidador, tendo este referido *“Sinto-me suficientemente informado sobre a doença mas sinto que houve um corte na ligação que existia entre mim, a minha*

mulher e a equipa do hospital. Desde que ela teve alta não foram agendados novos contactos para revisão do receituário ou para saberem como é que o doente está, para ouvir o cuidador e saber como estão a correr as coisas em casa”, o que representa um stressor para este cuidador. Relativamente à problemática da ansiedade, este cuidador afirmou: “sinto ansiedade e desespero. Adormeço a pensar no azar que tive.”. Quando questionado acerca dos fatores geradores de ansiedade, o João refere “Ela precisa muito de mim e da minha ajuda, mesmo para pequenas tarefas. E às vezes não sei exatamente qual é a melhor maneira de a ajudar”. Relativamente às estratégias utilizadas para gerir a ansiedade este refe: “recorro à minha força mental e penso que não é o fim-do-mundo. Leio um livro. Vou jantar com amigos. Jogo golfe”.

Da aplicação da STAI Y-1 obteve-se um score de 50, o que corresponde a ansiedade elevada. Relativamente à STAI Y-2 o João apresentou um score de 36, correspondendo a ansiedade moderada. Aplicada a ESC obteve-se um score de 47 pontos, pontuação que corresponde a “sobrecarga ligeira”.

Face ao que foi exposto pelo cuidador foi mobilizada a componente educativa e de treino de competências deste programa de psicoeducação, tendo sido dada informação acerca de estratégias para lidar com a dependência da Benvinda, salientando a relação entre esta dependência e a demência. Atendendo à ansiedade expressa, foi mobilizada a componente de suporte deste programa, através da escuta ativa.

A 13 de janeiro de 2017 decorreu a entrevista inicial com a Júlia, filha e cuidadora informal da Elvira, uma cliente com demência a frequentar o centro de dia. Esta cuidadora tem 40 anos, tem uma licenciatura e está atualmente desempregada, tendo anteriormente desempenhado funções como administrativa. A Júlia é solteira e não coabita com a mãe. Há cerca de um ano presta, diariamente, cerca de três horas de cuidados à Elvira, dando apoio à mãe sobretudo nas AIVDs.

Nesta entrevista foram colhidos dados relativamente aos *stressores* e às necessidades desta cuidadora, tendo esta referido *“Tenho dificuldade em lidar com o negativismo e teimosia da mãe, que já eram traços da sua personalidade, mas que estão agora exacerbados com a doença. É também difícil tirá-la da*

cama todos os dias, uma vez que ela quer estar muito tempo na cama”. Relativamente à problemática da ansiedade, a Júlia refere ainda: “sinto-me muitas vezes ansiosa, sobretudo devido aos esquecimentos da mãe, uma vez que temos na família situações de roubo. Às tantas já não consigo perceber se esse membro da família continua a roubar coisas lá de casa ou se se trata efetivamente dos esquecimentos da mãe. Tenho medo que ela se venha a esquecer de mim. Outra questão que me faz sentir ansiosa prende-se com o facto do meu pai e os meus irmãos não conseguirem compreender que os comportamentos da mãe estão muito relacionados com a doença de Alzheimer e não tanto com questões de mau feitio”.

Da aplicação da STAI Y-1 obteve-se um score de 54, o que corresponde a ansiedade elevada. Relativamente à STAI Y-2 a Júlia apresentou um score de 54, correspondendo a ansiedade elevada. Aplicada a ESC obteve-se um score de 36 pontos, pontuação que corresponde ao nível “sem sobrecarga”.

Atendendo quer ao que foi verbalizado pela Júlia, quer ao nível de ansiedade apresentado, foi essencialmente mobilizada a componente de suporte deste programa, através da escuta ativa e da validação.

Após a entrevista inicial, partindo dos dados colhidos junto dos cuidadores, delineei um programa de psicoeducação, com sessões individuais. Optei por não planear sessões de grupo, considerando as necessidades particulares de cada um dos cuidadores informais, bem como os constrangimentos em termos de horários e disponibilidades dos cuidadores.

A segunda etapa do programa de psicoeducação “Cuido, logo existo” compreende as sessões psicoeducativas, em três vertentes: educativa, treino de competências e apoio continuado. Ou seja, ao longo das sessões do programa “Cuido, logo existo” pretende-se disponibilizar informação sobre a demência (diagnóstico, etiologia, sintomas, evolução, terapêutica); facilitar a identificação de estratégias para gestão da ansiedade, estratégias de comunicação com a pessoa com demência e estratégias para lidar com os problemas associadas ao cuidar. Neste relatório não é apresentado o planeamento do programa na sua integralidade, uma vez que a construção do mesmo e o planeamento das sessões foi

feito progressivamente, em conformidade com as necessidades apresentadas pelos cuidadores no decurso do mesmo.

A primeira sessão deste programa de psicoeducação decorreu no dia 6 de fevereiro e teve como objetivos os referidos no Apêndice VII. Neste âmbito, recorri à escrita como mediador expressivo. Assim, foi entregue ao João uma máscara branca, tendo este sido convidado a olhar para a mesma como se se tratasse do seu rosto de cuidador. De seguida, foi proposto que transpusesse para a máscara os *stressores* que afetam o seu bem-estar, bem como as suas emoções face às necessidades e dificuldades sentidas no quotidiano. No âmbito desta intervenção o João verbalizou: *“Frustração porque sinto a minha vida condicionada e porque nesta fase da minha vida poderia estar a desfrutar mais. Aceitação porque as limitações físicas e intelectuais vão persistir e porque a minha mulher precisa do meu apoio para as suas atividades. Ansiedade porque cuidar da minha mulher é muito exigente, ela precisa de estar acompanhada 24h por dia o que acaba por prejudicar a minha própria vida”*.

Após um momento de partilha acerca do resultado final, a minha intervenção passou por reforçar junto do João o papel preponderante que desempenha como cuidador da esposa, salientando a sua importância e influência na manutenção da capacidade funcional da pessoa com demência, bem como na minimização das alterações comportamentais. Foi também transmitida a ideia de que enquanto cuidador, é um elemento chave nos cuidados à pessoa com demência, mas também alguém que necessita de cuidados. Neste âmbito, a minha intervenção consistiu em facilitar a identificação de estratégias para minimizar o impacto dos *stressores* geradores de ansiedade na saúde e bem-estar do cliente. Neste sentido, o cuidador identificou as seguintes estratégias: *“manter o apoio da cuidadora que contratámos lá para casa e realizar atividades que me dão prazer como o golfe e os jantares com os amigos, sem me sentir culpado por estar ausente”*.

No final da sessão o cuidador preencheu a grelha de avaliação da mesma. Como resultados, este cuidador considera que a atividade desenvolvida foi moderadamente benéfica para si enquanto cuidador, referindo ainda que *“é importante haver estes espaços e tempo para os enfermeiros ouvirem os*

cuidadores”. De salientar, ainda, que o João aconselharia outros cuidadores de pessoas com demência a frequentar este programa de psicoeducação.

No final desta sessão, sabendo já que esta seria a última sessão do programa atendendo à duração do estágio, foi aplicada a STAI Y-1. Desta aplicação obteve-se um score de 35, o que corresponde a “ansiedade moderada”. Comparando este resultado com aquele que foi obtido na entrevista inicial, verifica-se diminuição do nível de ansiedade, passando de “elevada” para “moderada”. Este resultado leva-me a acreditar que as intervenções desenvolvidas contribuíram para a redução do nível de ansiedade do cuidador, embora reconheça que existem outras variáveis que não podem ser controladas.

A Júlia, cuidadora que também integrava o programa de psicoeducação, não compareceu na sessão agendada para o dia 27 de janeiro, por motivos de ordem pessoal. Face a este constrangimento senti-me frustrada e insegura. Esta tomada de consciência levou-me a escrever um jornal de aprendizagem, para refletir de forma crítica sobre a minha prática. Este exercício reflexivo permitiu-me compreender que a minha frustração surgiu porque não estava apenas focada nas necessidades da cuidadora, mas também nas minhas necessidades inerentes ao percurso formativo. A insegurança surgiu porque me culpabilizei pelo cancelamento desta sessão, colocando em causa a minha competência. Hoje, porém, reconheço que não tive qualquer responsabilidade neste acontecimento. A sessão não se realizou porque não foi de todo possível para a cuidadora estar presente e isso não faz de mim uma enfermeira menos competente. Este constrangimento, que inicialmente constituiu para mim uma dificuldade, tornou-se uma oportunidade de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal, que facilitou o desenvolvimento da primeira competência do EESMP: *detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional* (OE, 2010b, p.4).

Caso a duração do estágio permitisse a realização de outras sessões de psicoeducação, o planeamento das mesmas teria por base as necessidades sentidas pelos cuidadores. Neste âmbito, considerando o impacto positivo que as sessões de relaxamento tiveram na redução da ansiedade das clientes

internadas no serviço de psiquiatria de agudos, seria pertinente incluir neste programa uma sessão dedicada à dinamização e aprendizagem desta técnica.

A terceira e última etapa do programa “Cuido, logo existo” compreende a avaliação do mesmo e realização de um *follow-up* que assegure a continuidade dos cuidados. *Este follow-up* seria realizado com recurso ao contacto telefónico regular e ao agendamento de novos encontros na unidade, de acordo com as necessidades do cuidador. Esta etapa não foi implementada, uma vez que a duração do estágio não o permitiu. A equipa de enfermagem do serviço demonstrou interesse e disponibilidade para assegurar esta etapa do processo.

Analisando o meu percurso de aprendizagem, com especial ênfase no programa de psicoeducação, considero que desenvolvi a terceira competência do EESMP: *ajuda a pessoa ao longo do ciclo vital, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto* (OE, 2010b, p.5). Para além desta, considero ter, também, desenvolvido a quarta competência: *presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde* (OE, 2010b, p.7). Neste âmbito, implementei intervenções individualizadas e especializadas que ajudaram os clientes a alcançar um estado de saúde mental próximo do desejável, potenciando um padrão de funcionamento saudável.

3.4. Discussão dos resultados

Analisando os resultados obtidos no primeiro contexto de estágio, em articulação com os resultados da evidência científica, concluo que as intervenções psicoterapêuticas e as intervenções de âmbito psicoeducativo contribuíram para a redução dos níveis de ansiedade das clientes. Do mesmo modo, também as técnicas de relaxamento se demonstraram eficazes na gestão da ansiedade.

Comparando os resultados obtidos ao longo do estágio em contexto comunitário, com a evidência científica, concluo que cuidar de uma pessoa com

demência, especialmente no domicílio, é uma tarefa complexa que, frequentemente, gera sobrecarga e ansiedade no cuidador informal.

Analisando os dados colhidos na entrevista inicial, verifica-se que a aquisição de conhecimentos e informação acerca da demência não representa uma necessidade para nenhum dos cuidadores que integraram o grupo-alvo da minha intervenção, pelo que não são, no momento, um *stressor* que coloque em risco a sua saúde e bem-estar. Refletindo de forma crítica sobre esta constatação, considero que esta se pode dever ao facto destes cuidadores já terem sido alvo dos cuidados da equipa multidisciplinar durante o internamento do seu familiar com demência nesta unidade. Embora não exista uma intervenção estruturada dirigida aos cuidadores informais, durante as visitas ou por telefone os cuidadores têm oportunidade de esclarecer dúvidas, partilhar experiências e expressar emoções junto dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros, uma vez que estes acompanham o seu familiar com demência ao longo das 24 horas. Deste modo, a necessidade de informação por parte destes cuidadores, relativamente à demência, pode de facto estar minimizada aquando do regresso a casa e em contexto de centro de dia.

Mobilizando a minha experiência pessoal e profissional, considero que o grupo de cuidadores que encontrei em contexto de estágio tem características muito particulares, que o distinguem da maioria dos cuidadores de pessoas com demência em Portugal. Esta perspetiva é corroborada por Sequeira (2010) que, no âmbito da caracterização dos cuidadores portugueses, demonstra que os cuidadores informais são essencialmente pessoas com baixa escolaridade e com pouca informação sobre a situação/problema do seu familiar. Ou seja, esta caracterização não reflete a situação dos dois cuidadores que integraram o grupo-alvo da minha intervenção. Por outro lado, também os cuidadores com quem me cruzo no meu quotidiano profissional são, sobretudo, pessoas com baixa escolaridade, com baixa literacia em saúde, para as quais a demência é uma entidade muitas vezes desconhecida e geradora de ansiedade. Neste âmbito, importa, também, salientar que o reduzido número da amostra, dois cuidadores, não permite a generalização dos resultados obtidos.

Refletindo, ainda, sobre a minha experiência pessoal e profissional, reconheço que a oportunidade de contactar com instituições e profissionais especializados no cuidado à pessoa com demência, tal como aconteceu com o João e a Júlia, não é uma realidade para a maioria dos cuidadores. Quer por se encontrarem em meios rurais, onde o desconhecimento acerca destes apoios e recursos ainda predomina; quer por não terem recursos financeiros para recorrer aos mesmos, a maioria dos cuidadores informais não têm acesso a cuidados especializados no que concerne à problemática da demência.

Relativamente à sobrecarga verificou-se que um dos cuidadores se encontrava ao nível “sem sobrecarga” enquanto que outro se situava ao nível de “sobrecarga ligeira”, pelo que se conclui que os cuidadores desta amostra apresentam baixos níveis de sobrecarga. A Júlia não coabita com a mãe e presta apenas três horas de cuidados, tendo tempo livre para momentos de lazer. O João coabita com a esposa, mas dispõe do apoio de uma cuidadora formal oito horas por dia. Durante este período o João tem oportunidade de usufruir de momentos de lazer. Estes factos podem justificar os baixos níveis de sobrecarga apresentados. O mesmo não acontece com a maioria dos cuidadores informais, conforme demonstra a evidência científica. Tal é demonstrado por Sequeira (2010), que no âmbito da caracterização dos cuidadores em Portugal, refere que apenas cerca de 15% dos cuidadores de idosos com dependência mental apresenta valores compatíveis com “ausência de sobrecarga”, e 19% níveis compatíveis com “sobrecarga ligeira”, pelo que cerca 66% dos cuidadores apresentam valores que sugerem a existência de “sobrecarga intensa”. Na minha realidade profissional, a maioria dos cuidadores informais coabita com a pessoa com demência, prestando-lhe cuidados 24 horas por dia, sem apoio de cuidadores formais e sem tempo para atividades de lazer. Em suma, perante o reduzido número da amostra e os baixos níveis de sobrecarga verificados, não é possível estabelecer uma relação direta entre estes e os níveis de ansiedade.

Ao discutir os resultados obtidos e ao analisar as aprendizagens realizadas, considero crucial refletir sobre a pertinência da escolha deste campo de estágio. Neste âmbito, reconheço que este foi um contexto rico em vivências no que respeita ao cuidar da pessoa com demência, tanto em centro de dia como

em contexto de internamento. Porém, relativamente à minha intervenção junto dos cuidadores informais considero que ficou limitada. Senti este constrangimento, uma vez que, por um lado, estes cuidadores se deslocam esporadicamente ao centro de dia e, por outro, as pessoas com demência de quem cuidam no domicílio já passaram por um processo de estabilização dos sintomas em contexto de internamento. Esta não é a realidade da minha prática profissional.

Os cuidadores de quem cuido confrontam-se diariamente com as alterações cognitivas e comportamentais da pessoa com demência sem um apoio profissional especializado. Estes cuidadores debatem-se quotidianamente com a resistência aos cuidados, com a agressividade e agitação, com as vocalizações disruptivas, com a recusa alimentar, entre outras situações, sem as compreenderem e sem saberem como agir. Na minha realidade profissional, é precisamente neste contexto de prestação de cuidados que surgem cuidadores ansiosos. Neste sentido, considero que intervir com os cuidadores no domicílio, onde as dificuldades surgem diariamente, representa um desafio e uma oportunidade para os EESMP que se dedicam ao cuidado da pessoa com demência. Porém,

a avaliação e o acompanhamento do cuidador familiar não devem terminar com a institucionalização da pessoa com demência, visto que há forte evidência que muitos cuidadores continuam a prestar cuidados depois do internamento, e que os efeitos do *distress* e da sobrecarga continuam presentes. (DGS, 2011, p.9).

No término deste percurso de aprendizagem, acredito que uma abordagem salutogénica da problemática da ansiedade do cuidador informal da pessoa com demência pode ter um impacto positivo na saúde e bem-estar desta díade. Ou seja, as intervenções de enfermagem, sobretudo ao nível da prevenção primária, devem ajudar o cuidador a estar informado e capacitado para cuidar da pessoa com demência, minimizando assim o impacto negativo do desempenho deste papel na sua vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Recordando a questão de partida que orientou este projeto de estágio: “Quais as intervenções de enfermagem que contribuem para a gestão da ansiedade no cuidador informal da pessoa com demência?”, considero que o percurso de aprendizagem que realizei ao longo do mesmo permitiu dar resposta aos vários objetivos que me propus alcançar, nomeadamente a aquisição de competências do EESMP.

O projeto desenvolvido permitiu-me confirmar o que a evidência científica já demonstrou. O cuidador informal da pessoa com demência necessita de ser entendido como prestador de cuidados e parceiro nos mesmos, mas também, como alvo dos cuidados de enfermagem, na medida em que, ele próprio, tem problemas e necessidades singulares. Cuidar de alguém com demência é um desafio para o cuidador, sendo que este problema não muda apenas a vida do doente, mas também a da sua família. Neste âmbito, cada cuidador enfrenta os desafios de cuidar de um modo próprio que deve ser respeitado.

Considerando que a institucionalização da pessoa com demência se deve mais frequentemente à falência do cuidador informal do que à gravidade do quadro demencial, e que o sofrimento dos cuidadores está muitas vezes associado à informação inadequada, as intervenções de âmbito psicoeducativo dirigidas a estes cuidadores são efetivamente uma mais valia. Neste âmbito, o programa de psicoeducação “Cuido, logo existo” contribuiu para ajudar o cuidador informal da pessoa com demência a gerir a sua ansiedade, promovendo assim a sua saúde mental e o bem-estar da díade cuidador-pessoa com demência.

Com a implementação deste programa pretendi, também, sensibilizar os enfermeiros, com quem partilhei o meu percurso de aprendizagem, para a necessidade de olhar de forma mais atenta e sistemática para o cuidador informal, alertando para a importância de cuidar de quem cuida. Isto porque, acredito que para evitar a institucionalização da pessoa com demência e, também, para manter o bem-estar do cuidador é essencial que os enfermeiros estejam bem informados sobre a problemática da pessoa com demência e tenham competências para intervir de forma humana e criativa junto desta e dos

seus cuidadores. Neste sentido, este projeto constituiu uma mais valia para as equipas de enfermagem dos contextos de estágio, na medida em que lhes disponibilizei mais um recurso que pode efetivamente ajudar os clientes e família a recuperar o seu bem-estar.

Ao terminar este relatório, saliento ainda as dificuldades sentidas ao longo deste percurso de aprendizagem. A escassez de investigação sobre a efetividade da implementação de programas psicoeducativos para a diminuição/gestão da ansiedade dos cuidadores informais de pessoas com demência, foi uma das dificuldades sentidas ao longo do desenvolvimento deste projeto. Outro dos constrangimentos sentidos prende-se com o reduzido número de horas de estágio em contexto comunitário, o que impossibilitou a implementação do programa de psicoeducação na integra.

Concluo este relatório de estágio, reconhecendo que ao longo deste percurso desenvolvi as competências do EESMP e realizei aprendizagens que me permitiram aumentar o meu desenvolvimento pessoal e profissional, de modo a prestar cuidados de excelência na minha prática, baseados na evidência e centrados na pessoa e família.

Perspetivando aquele que será o desenvolvimento da minha prática de cuidados, procurarei mobilizar as aprendizagens concretizadas ao longo deste percurso formativo, para o meu contexto profissional. Isto traduz-se em cuidar da pessoa com demência e do seu cuidador informal, com o olhar de um EESMP que compreende a situação global de saúde desta pessoa e que reconhece que por trás da sua dependência existe a dedicação de um cuidador. Ao longo deste percurso de aprendizagem compreendi que aprender a lidar com a demência é um desafio, tanto para o doente, como para os cuidadores, sejam eles formais ou informais. Por isso, partilhar estes saberes com os meus pares é, também, um dos desafios que levo para a minha prática clínica enquanto EESMP, uma vez que a partilha do conhecimento promove a melhoria os cuidados de enfermagem prestados a estes clientes. Tal como dizia Platão, “a coisa mais indispensável ao homem é reconhecer o uso que deve fazer do seu próprio conhecimento”.

No decorrer deste percurso, compreendi também que, no âmbito dos cuidados em saúde mental, os resultados das intervenções não surgem de imediato. É necessário dar tempo. Dar-me tempo a mim, enquanto pessoa, para sentir e pensar; dar tempo ao outro, para se conhecer e adaptar ao seu problema ou à sua situação de doença.

A minha reflexão crítica sobre este percurso leva-me a acreditar que a maior aprendizagem realizada diz respeito ao autoconhecimento e à autoconsciência, na medida em que constituíram processos imprescindíveis para o meu desenvolvimento enquanto pessoa e profissional. Não foi um caminho de descoberta fácil pois implicou a compreensão e a aceitação de mim mesma, no reconhecimento das minhas próprias crenças, valores, emoções, motivações, preconceitos e limites, muitas vezes geradores de ansiedade. Conhecer-me, reconhecendo que aquilo que sou, que penso e que sinto interfere na relação que estabeleço com o outro é crucial enquanto EESMP, pois sem fazer este exercício de reflexão não será possível cuidar de pessoas que se encontram vulneráveis e em sofrimento.

Termino este relatório de estágio com um pensamento de Robert Stevenson, que sintetiza esta minha aprendizagem: *“Sermos o que somos e tornarmo-nos aquilo que somos capazes de ser, é o único objetivo da vida”*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2001). De iniciado a perito: excelência e poder na prática divina de Enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cooper, C. Balamurali, T. & Livingston, G. (2007). A systematic review of the prevalence and covariates of anxiety in caregivers of people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 19, 175-195.
- Cooper, C.; Balamurali, T.; Selwood, A. & Livingston, G. (2007). A systematic review of intervention studies about anxiety in caregivers of people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 181-188.
- Direção Geral de Saúde (2011). *Norma da Direção Geral de Saúde: Abordagem terapêutica das alterações cognitivas*. Nº053/2011.
- Figueiredo, D.; Guerra, S.; Marques, A. & Sousa, L. (2012). Apoio psicoeducativo a cuidadores familiares e formais de pessoas idosas com demência. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15 (1), 31-55.
- Favrod, J. & Maire, A. (2014). Recuperar da esquizofrenia. Loures: Lusociência.
- Fisher, P. & Laschinger, H. (2001). A Relaxation Training Program To Increase Self-Efficacy for Anxiety Control in Alzheimer Family Caregivers. *Holistic Nursing Practice*, 15 (2), 47-58.
- Freese, B. (2004). Betty Neuman, Modelo de Sistemas. In Tomey, A. & Aligood, T. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5ª ed). Loures: Lusociência.
- Gonçalves-Pereira, M. & Sampaio, D. (2011). A Psicoeducação familiar na demência: da clínica à saúde pública. *Revista Portuguesa da Saúde Pública*. 29, 3-10.
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-WHO Version for 2016. *Organic, including symptomatic, mental disorders* (¶2). Acedido em 17-11-2015. Disponível em <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F00>
- International Council of Nurses (ICN) (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Versão 2. Santa Maria da Feira: Ordem dos Enfermeiros.
- Joling, K.; Hout, H.; Schellevis, F.; Horst, H.; Scheltens, P. & Marwijk, H. (2010). Incidence of Depression and Anxiety in the Spouses of Patients With Dementia:

- A Naturalistic Cohort Study of Recorded Morbidity With a 6-year Follow-Up. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 146-153.
- Joling, K.; Markijk, H.; Smit, F.; Horst, H.; Scheltens, P.; Ven, P. ... Hout, H. (2012). Does a Family Meetings Intervention Prevent Depression and Anxiety in Family Caregivers of Dementia Patients? A Randomized Trial. *PLoS ONE*, 7, 1-10.
- Kvaal, K.; Engedal, K. & Ulstein, I. (2013). Comparison of anxiety symptoms in spouses of persons suffering from dementia, geriatric in-patients and healthy older people. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies*, 33, 4-8.
- Lagarto, L.; Rafaela, D. & Cerejeira, J. (2014). Demências e perturbações neurocognitivas. In: Saraiva, C. & Cerejeira, J. (Coords). *Psiquiatria Fundamental*. Lisboa: Lidel.
- Melo, G. (2005). Apoio ao Doente no Domicílio. In: Castro-Caldas, A. & Mendonça, A. (Coords). *A doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). The Neuman Systems Model. (5ª ed). Boston: Pearson.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Referencial do Enfermeiro. Conselho de Enfermagem da ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Parecer da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Adequação técnico-científica da admissão das pessoas com demência nas unidades de dia e promoção da autonomia da RNCCI*. Nº02/2010.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*.
- Sansosi, J.; Vellone, E. & Piras, G. (2004). Anxiety and depression in community-dwelling, Italian Alzheimer's disease caregivers. *International Journal of Nursing Practice*, 10, 93-100.
- Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V. & Carvalho, A. (2015). Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Acta Médica Portuguesa*. 182-188.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.

- Silva, D. (2003). Inventário de Estado-Traço de Ansiedade. In Gonçalves, M.; Simões, M.; Almeida, M. & Machado, C. (Eds.). *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. Coimbra: Quarteto
- Spielberger, C. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Towsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. Loures: Lusociência.
- Truzzi, A. et. al (2012). Burnout in familial caregivers of patients with dementia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34, 405-412.

ANEXOS

ANEXO I

Inventário de ansiedade traço-estado de Spilberger

Questionário de Autoavaliação
(desenvolvido por Charles D. Spielberger)
STAI forma Y-1

Instruções

Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique como se sente agora, isto é, neste preciso momento. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que melhor pareça descrever os seus sentimentos neste momento.

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
1. Sinto-me calmo.....	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro	1	2	3	4
3. Estou tenso.....	1	2	3	4
4. Sinto-me esgotado.....	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade.....	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado.....	1	2	3	4
7. Presentemente ando preocupado com desgraças que possam vir a acontecer.....	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
9. Sinto-me assustado.....	1	2	3	4
10. Estou descansado.....	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante.....	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso.....	1	2	3	4
13. Estou inquieto	1	2	3	4
14. Sinto-me indeciso.....	1	2	3	4
15. Estou descontrariado.....	1	2	3	4
16. Sinto-me contente	1	2	3	4
17. Estou preocupado.....	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso.....	1	2	3	4
19. Sinto-me uma pessoa estável.....	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

Obrigado pela sua colaboração.

Questionário de Autoavaliação
(desenvolvido por Charles D. Spielberger)
STAI forma Y-2

Instruções

Em baixo encontra uma serie de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique como se sente em geral. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que lhe parece descrever como se sente geralmente.

	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
21. Sinto-me bem.....	1	2	3	4
22. Sinto-me nervoso e inquieto.....	1	2	3	4
23. Sinto-me satisfeito consigo próprio.....	1	2	3	4
24. Quem me dera ser tão feliz como os outros parecem sê-lo.....	1	2	3	4
25. Sinto-me um falhado.....	1	2	3	4
26. Sinto-me tranquilo.....	1	2	3	4
27. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo.....	1	2	3	4
28. Sinto que as dificuldades estão a acumular-se de tal forma que as não consigo resolver.....	1	2	3	4
29. Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância.....	1	2	3	4
30. Sou feliz.....	1	2	3	4
31. Tenho pensamentos que me perturbam.....	1	2	3	4
32. Não tenho muita confiança em mim.....	1	2	3	4
33. Sinto-me seguro.....	1	2	3	4
34. Tomo decisões com facilidade.....	1	2	3	4
35. Muitas vezes sinto que não sou capaz.....	1	2	3	4
36. Estou contente.....	1	2	3	4
37. Às vezes, passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me aborrecem.....	1	2	3	4
38. Tomo os desapontamentos tão a sério que não consigo afastá-los do pensamento.....	1	2	3	4
39. Sou uma pessoa estável.....	1	2	3	4
40. Fico tenso ou desorientado quando penso nas minhas preocupações e interesses mais recentes.....	1	2	3	4

Anexo II

Escala de sobrecarga do cuidador (ESC)

Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007)

A Escala de Zarit é uma escala que avalia a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador informal. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modos se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela realmente necessita?					
	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda outras tarefas por fazer?					
	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a relação com os seus amigos/familiares?					
	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitar devido ao seu familiar?					
	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do familiar?					

APÊNDICES

APÊNDICE I

Guião da entrevista inicial do programa “Partilhar a Amizade”

(Contexto de internamento)

Programa de psicoeducação “Partilhar a Amizade”

(programa no âmbito da gestão da ansiedade da pessoa com doença mental)

Avaliação inicial dos clientes a integrar no programa

Nome	
Idade	
Profissão	
Motivo do internamento	
Neste momento, qual acha que é o seu problema?	
Quando começou este problema?	
Nos últimos tempos tem-se sentido ansioso?	
O que sente quando está ansioso?	
Numa frase diga-me como se tem sentido nos últimos tempos.	
Lugar onde gosta de estar	
Lugar onde não gosta de estar	
Quais os seus medos?	
Gosta de música? Que tipo?	

APÊNCIDE II

Planeamento do programa “Partilhar a Amizade”

(Contexto de internamento)



1ª SESSÃO DE PSICOEDUCAÇÃO: “Sentir-me ansioso é...”

Data: 18/10/2016

Duração da Sessão: 45 minutos

Enfermeira que dinamiza a sessão: Ana Isa Baião

Participantes: Clientes com sintomatologia ansiosa incluídas no programa

Fases	Intervenção	Recursos humanos	Recursos materiais	Duração
Apresentação	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação da Enfermeira;• Apresentação geral do programa de psicoeducação;• Apresentação dos objetivos da sessão: pretende-se que cada pessoa expresse como é para si sentir-se ansioso, promovendo o autoconhecimento e o insight sobre este problema. Pretende-se também que a pessoa reconheça que não é a única a viver este problema (normalização de sentimentos);• Aplicação da escala de ansiedade de Spilberger.	Enf.	Mesa Cadeiras Canetas Folheto sobre o programa Escala de ansiedade de Spilberger .	10 min
Aquecimento	<ul style="list-style-type: none">• Realização da dinâmica de quebra-gelo “O Novelo”: Uma cliente pega numa ponta do novelo, apresenta-se ao grupo e lança o novelo para outra pessoa. Durante a atividade, vai-se formando uma teia de ligação entre os vários participantes do grupo, que pretende fomentar a coesão do grupo e demonstrar a importância que cada pessoa tem no mesmo.	Enf.	Novelo de lã Cadeiras	5 min

Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• A cada cliente é entregue uma folha de papel em branco e são disponibilizados lápis de cor, lápis de cera, canetas e algumas imagens/revistas. De seguida é pedido para que cada pessoa desenhe/elabore algo que ilustre a frase “Sentir-me ansioso é...”. Posteriormente, é promovida a partilha do trabalho final com o restante grupo. De seguida, é feita a articulação entre as ideias expressas pelo grupo e a definição e sintomatologia associada à ansiedade.	Enf.	Cadeiras Mesa Folhas brancas Lápis e canetas Cola Tesouras Revistas Imagens	20 min
Síntese	<ul style="list-style-type: none">• Resumo dos conteúdos abordados;• Entrega de marcadores (âncoras);• Escolha de um nome para o grupo e redação do mesmo no marcador;• Momento de partilha acerca da sessão;• Agradecimento pela participação de todos os elementos do grupo.	Enf.	Marcador Canetas de acetato	5 min
Avaliação	<ul style="list-style-type: none">• Preenchimento da grelha de avaliação da sessão	Enf.	Documento de avaliação da sessão	5 min

2ª SESSÃO DE PSICOEDUCAÇÃO: “Sentir-me relaxado...”

Data: 25/10/2016

Duração da Sessão: 45 minutos

Enfermeira que dinamiza a sessão: Ana Isa Baião

Participantes: Clientes com sintomatologia ansiosa incluídas no programa

Fases	Intervenção	Recursos humanos	Recursos materiais	Duração (60 min)
Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação dos objetivos da sessão: <p>Pretende-se ajudar a pessoa a libertar-se de sentimentos e pensamentos negativos e proporcionar-lhe um momento de relaxamento e emoções positivas. Pretende-se ainda capacitar as participantes para a utilização desta técnica de relaxamento de forma autónoma, no seu quotidiano.</p>	Enf.	Cadeiras	5 min
Aquecimento	<ul style="list-style-type: none"> É entregue um balão a cada cliente. De seguida, é pedido que encham o balão e que a cada sopro deixem sair algo que desejam que desapareça do seu corpo, da sua vida, do seu redor ou do mundo (algo que lhe causa ansiedade). Com o balão já cheio e atado, é pedido para que lancem os balões ao ar e não os deixem cair (de modo a que aquilo que querem afastar de si não volte a sair do balão). É incentivado o trabalho de equipa no sentido de não deixar que nenhum balão caia no chão. 	Enf.	Balões Computador com música	10 min

Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Com as clientes sentadas nas cadeiras é-lhes pedido que pensem em algo que as faça sentir melhor quando estão ansiosos. Após um pequeno espaço de reflexão é pedido que escrevam uma palavra sobre isso no balão. De seguida, é incentivada a partilha com o grupo relativamente ao que pensaram e sentiram no decorrer deste exercício (uma bola vai sendo passada de pessoa em pessoa até que todos tenham falado). Momento de leitura e análise do folheto acerca do programa, com ênfase nas técnicas de relaxamento. Realização de uma sessão de relaxamento baseada na respiração diafragmática (utilizando o balão sobre o abdómen e recordando que a cada expiração o que se encontrava dentro do balão vai cada vez para mais longe, e a palavra que está escrita se vai tornando cada vez mais presente em si). 	Enf.	Cadeiras Colchões Balões Canetas Acetato Bola Computador com música Folheto sobre o programa	20 min
Síntese	<ul style="list-style-type: none"> Resumo dos conteúdos abordados; Momento de partilha acerca da sessão (passando uma vela acesa de cliente para cliente); Agradecimento pela participação de todos os elementos do grupo. 	Enf.	Vela Isqueiro	7 min
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> Preenchimento da grelha de avaliação da sessão. 	Enf.	Documento de avaliação da sessão	3 min

3ª SESSÃO DE PSICOEDUCAÇÃO: “Sentir-me relaxado...”

Data: 8/11/2016

Duração da Sessão: 45 minutos

Enfermeira que dinamiza a sessão: Ana Isa Baião

Participantes: Clientes com sintomatologia ansiosa incluídas no programa

Fases	Intervenção	Recursos humanos	Recursos materiais	Duração (60 min)
Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação dos objetivos da sessão: Pretende-se promover a interação social, o relaxamento e a expressão de emoções. Pretende-se ainda capacitar a pessoa para utilizar a técnica de relaxamento muscular progressivo de forma autónoma no seu quotidiano. 	Enf.		5 min
Aquecimento	Os participantes vão andando livremente pela sala, ao som da música. Progressivamente, é pedido para que cada pessoa cruze o olhar, sorria e, finalmente, cumprimente as pessoas com que se cruza, promovendo a interação social e a tomada de consciência do EU e na relação com outro.	Enf.	Computador com música	5 min

Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Momento de leitura e análise do folheto acerca do programa, com ênfase nas técnicas de relaxamento: respiração diafragmática e técnica de relaxamento muscular progressivo. Realização de uma sessão de relaxamento baseada na técnica de relaxamento muscular progressivo. 	Enf.	Colchões Cadeiras Computador com música	25 min
Síntese	<ul style="list-style-type: none"> Resumo dos conteúdos abordados; Momento de partilha acerca da sessão (passando uma vela acesa de cliente para cliente); Agradecimento pela participação no grupo. 	Enf.	Vela Isqueiro	5 min
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> Preenchimento da avaliação da sessão. 	Enf.	Documento de avaliação da sessão	5 min

4ª SESSÃO DE PSICOEDUCAÇÃO: “O meu novo EU...”

Data: 15/11/2016

Duração da Sessão: 60 minutos

Enfermeira que dinamiza a sessão: Ana Isa Baião

Participantes: Clientes com sintomatologia ansiosa integradas no programa

Fases	Intervenção	Recursos humanos	Recursos materiais	Duração (60 min)
Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos objetivos da sessão: <ul style="list-style-type: none"> - Promover a reflexão individual e expressão das expectativas para o futuro e as emoções associadas; - Promover a esperança; - Proporcionar um momento de partilha e convívio entre o grupo, promovendo o bem-estar e a diminuição da ansiedade dos participantes. 	Enf.		5 min
Aquecimento	Não foi considerado pertinente nesta sessão			

Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Pintura de Máscaras: A pintura da máscara dá ao cliente a oportunidade de refletir sobre a sua situação e de se expressar, uma vez que permite o dialogo consigo próprio e materialização das suas emoções. Assim, é solicitado que cada cliente personalize a sua máscara através da pintura e/ou da colagem de recortes de revista, transpondo para a máscara as suas expectativas e desejos relativamente ao seu futuro. De seguida, é sugerido que cada pessoa apresente a sua máscara ao grupo, apresentando o seu novo EU. 	Enf.	Máscaras brancas Cola Recortes de revista Tintas Pinceis Lápis de cor e cera Tesouras	25 min
Síntese	<ul style="list-style-type: none"> • Resumo dos conteúdos abordados; • Momento de partilha acerca da sessão (passando uma vela acesa de cliente em cliente); • Agradecimento pela participação no grupo; • Lanche de convívio e de encerramento do programa. 	Enf.	Vela Isqueiro Bolos e sumos	25 min
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento da avaliação da sessão. • Aplicação da Escala de <u>Spilberger</u> 	Enf.	Documento de avaliação da sessão Escala de <u>Spilberger</u>	5 min

APÊNDICE III

Folheto informativo acerca do programa “Partilhar a Amizade”

(Contexto de internamento)

Alguns exercícios podem ajudar a pessoa a adquirir a capacidade de **relaxar**. Porém, para que os resultados surjam é necessário aprendê-los e **praticá-los com alguma paciência**.



7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria



Todas as pessoas se sentem, por vezes, ansiosas. A ansiedade não é necessariamente negativa, pois protege-nos do perigo, preparando-nos para agir e responder aos desafios do dia-a-dia.

Porém, se se sente demasiado ansioso e/ou durante demasiado tempo, é importante aprender a reduzir essa ansiedade, uma vez que esta se torna problemática, impedindo-o de satisfazer as suas necessidades e de realizar as suas atividades do dia-a-dia.

- Alterações do sono e/ou do apetite
- Dificuldades de concentração
- Inquietação
- Irritabilidade
- Aumento da frequência cardíaca
- Palpitações
- Tensão muscular
- Suores
- Tonturas
- Dor de cabeça e/ou dor no peito
- Sensação de formigueliro
- Alterações gastrointestinais

Este é um programa de psicoeducação direcionado para pessoas que nos últimos tempos se sentiram frequentemente ansiosas.

Neste sentido, o grande objetivo deste programa é **ajudar a pessoa a gerir a sua ansiedade**.

Para tal, pretende-se ajudar a pessoa a conhecer-se melhor, a identificar fatores geradores de ansiedade, a reconhecer os sintomas associados e, sobretudo, ajudar a pessoa a encontrar estratégias para lidar com este problema.



APÊNDICE IV

Pagela entregue às clientes no programa “Partilhar a Amizade”

(Contexto de internamento)

E que
NUNCA
nos falte
a esperança
de dias
melhores

Programa de Psicoeducação
Gestão da Ansiedade

APÊNDICE V

Documento de avaliação do programa “Partilhar a Amizade”

(Contexto de internamento)

Grelha de avaliação da sessão	
Ajude-nos a melhorar este programa de psicoeducação, respondendo a algumas questões acerca da sessão em que participou. Agradecemos que expresse a sua opinião sincera sobre os seguintes aspetos, respondendo com SIM ou NÃO.	Avaliação (Sim/Não)
1 – Sente-se menos ansioso no final desta sessão?	
2 – Em 3 palavras, no máximo, descreva como se sente no final desta sessão. _____	_____
3- Os temas trabalhados na sessão foram adequados e importantes para si?	
4 – Os temas abordados e as atividades realizadas na sessão corresponderam às suas expectativas? Se não, porquê? _____	
5 – Pensa que as atividades realizadas nesta sessão poderão ajudá-lo a lidar com a ansiedade?	
6- O tempo dado para a realização de cada uma das atividades foi adequado? Se não, porquê? _____	
7 – De um modo geral, está satisfeito por ter participado nesta sessão?	
8 – Voltaria a participar numa sessão como esta?	
9 – Aconselharia um familiar ou amigo com um problema semelhante ao seu a participar nesta sessão?	
<p>As suas sugestões são importantes para a melhoria deste programa de psicoeducação acerca da ansiedade.</p> <p>Por favor, partilhe-as connosco.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
Obrigado pela sua colaboração.	

APÊNDICE VI

Guião da entrevista inicial do programa “Cuido, logo existo”

(Contexto Comunitário)

Questionário para caracterização do cuidador informal da pessoa com demência

Nome _____ Género _____

Data de Nascimento _____ Idade _____

Habilitações literárias _____

Profissão (se reformado, qual a profissão antigamente) _____

Estado civil _____

Qual a sua relação com a pessoa com demência? (cônjuge, filho, irmão, amigo, etc.) _____

Com quem vive? _____

Vive com a pessoa com demência? _____

É a primeira vez que cuida de uma pessoa com demência? _____

Há quanto tempo cuida desta pessoa? _____

Quantas horas por dia despende a exercer o seu papel de cuidador? _____

Que tipo de cuidados presta à pessoa com demência?

Partilha a prestação de cuidados com alguém (familiar, amigo, etc)? Se sim, com quem? _____

Quais as necessidades/dificuldades sentidas por si enquanto cuidador informal?

O que é mais difícil para si no que diz respeito ao cuidar da pessoa com demência? _____

Que motivos conduziram à integração da pessoa com demência em Centro de dia? _____

Considera importante receber mais informação/formação sobre a demência e a forma de lidar com a pessoa com demência? Que informações gostaria de receber? _____

Sente-se ansioso relativamente à prestação de cuidados à pessoa com demência? Se sim, o que pensa que poderia ajudar a diminuir essa ansiedade? _____

Que apoio gostaria de receber por parte dos enfermeiros enquanto cuidador de uma pessoa com demência?

APÊNDICE VII

Planeamento da 1ª sessão do programa “Cuido, logo existo”

(Contexto comunitário)

Programa de psicoeducação “Cuido, logo existo”


1.ª sessão - “Eu, cuidador...”

Data: 06/01/2017

Enfermeira que dinamiza a sessão: Ana Isa Baião

Duração da Sessão: 45 minutos

Participantes: Cuidador João

Fases	Intervenção	Recursos humanos	Recursos materiais	Duração
Apresentação	Apresentação do programa de <u>psicoeducação</u> “Cuido, logo existo” e dos objetivos da sessão: - Promover a normalização de sentimentos e a expressão das emoções do cuidador associadas ao cuidar da pessoa com demência; - Facilitar a identificação de <u>stressores</u> que afetam o bem-estar do cuidador; - Facilitar a identificação de atividades/estratégias promotoras do bem-estar do cuidador.	<u>Enf</u>	Mesa Cadeiras	5 <u>min</u>
Aquecimento	Não foi considerado pertinente nesta sessão.			
Desenvolvimento	Personalização da Máscara: Através da escrita e/ou pintura da máscara branca pretende-se proporcionar ao cuidador a oportunidade de refletir sobre a sua situação e de se expressar, na medida em que esta atividade promove o diálogo consigo próprio e a materialização das suas emoções. Neste âmbito, é solicitado ao cuidador que personalize uma máscara através da pintura/escrita, transpondo para esta os <u>stressores</u> que afetam o seu bem-estar, bem como as suas emoções associadas ao cuidar da pessoa com demência. De seguida, é pedido ao cuidador para partilhar o conteúdo do seu trabalho, dando sentido ao que	<u>Enf</u>	 Máscara branca Canetas e lápis	25 minutos
	é expresso. Neste contexto, elucida-se o cuidador acerca do papel relevante que desempenha, da importância e influência na evolução da demência, nomeadamente, na deterioração das capacidades funcionais e na frequência e gravidade dos problemas comportamentais da pessoa com demência. É, também, reforçada a importância do cuidador promover o seu próprio bem-estar, preservando a sua saúde mental. Posteriormente, é pedido ao cuidador que acrescente na máscara atividades/estratégias que promovem o seu bem-estar e que facilitem a gestão das emoções expressas, partilhando-as de seguida com o enfermeiro.			
Síntese	- Validação do que foi expresso pelo cuidador; - Síntese dos aspetos abordados e reforço da importância de cuidar de si enquanto cuidador; - Aplicação da escala de ansiedade-estado de <u>Spilberger</u> .	<u>Enf</u>	Questionário de autoavaliação de <u>Spilberger</u>	10 <u>min</u>
Avaliação	- Preenchimento da grelha de avaliação da atividade.	<u>Enf</u>	Documento de avaliação da sessão	5 <u>min</u>

APÊNDICE VIII

Documento de avaliação da primeira sessão do programa “Cuido, logo existo”

(Contexto comunitário)

Avaliação da sessão de psicoeducação “Eu, cuidador...”

Tendo em vista a melhoria do acompanhamento dos cuidadores de clientes que frequentam o centro-de-dia, peço-lhe que responda a algumas questões acerca da atividade em que participou, expressando a sua opinião sincera.

O tempo disponibilizado para a realização da atividade foi suficiente?

Sim____

Não____

Sente-se menos ansioso depois de ter participado nesta atividade?

Sim____

Não____

Considera que esta atividade foi benéfica para si enquanto cuidador? Porquê?

Numa frase, descreva como se sente no final desta atividade.

Aconselharia outros cuidadores, numa situação semelhante à sua, a participar numa atividade semelhante esta? Porquê?

Obrigado pela sua colaboração.